

SUSANA GIRALDI

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DO
AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ DE 1978 A 1996**

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em Pediatria,
Curso de Pós-Graduação em Pediatria, Setor
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leide Parolim Marinoni

**CURITIBA
1999**



Parecer

Parecer conjunto dos Professores: *Dra. Leide Parolin Marinoni*, *Dra. Leontina Margarido Tedesco-Marchese* e a *Dra. Eliane Mara Cesário Pereira Maluf*, sobre a dissertação: **"ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ DE 1978 A 1996"**, a nível de Mestrado em Pediatria, da aluna: *Dra. Susana Giralddi*, do Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

A Comissão Examinadora considerou que o *Dra. Susana Giralddi*, apresentou trabalho adequado para a dissertação a nível de Mestrado em Pediatria e defendeu convenientemente as arguições que lhes foram feitas, atribuindo-lhes as seguintes notas:

Profa. Leide Parolin Marinoni Nota (100) e Conceito A

Profa. Leontina Margarido Tedesco-Marchese Nota (100) e Conceito A

Profa. Eliane Mara Cesário Pereira Maluf Nota (100) e Conceito A

Tendo a candidata sido aprovada com Média Final (100) e Conceito A

sendo pois unanimemente recomendada à Universidade Federal do Paraná, a concessão de título de "Mestre em Pediatria" e a publicação da dissertação em veículo de divulgação conveniente.

Curitiba, 08 de abril de 1999

Profa. Dra. Leide Parolin Marinoni

Profa. Dra. Leontina Margarido Tedesco-Marchese

Profa. Dra. Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

À meus pais

*Nathália e Dinarte José, pela
sua infinita compreensão, dedicação
e amor*

AGRADECIMENTOS

A autora agradece as pessoas e Instituições que colaboraram na elaboração dessa dissertação:

- ✓ **Prof. Dra. Leide Parolin Marinoni**, responsável pelo Serviço de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria-UFPR, orientadora deste trabalho.
- ✓ **Prof. Dra. Denise Carvalho**, chefe do Departamento de Saúde Comunitária - UFPR, Co-Orientadora deste trabalho
- ✓ **Prof. Dr. Bonald Cavalcante de Figueiredo**, coordenador do curso de Pós-graduação - Mestrado em Pediatria- UFPR.
- ✓ **Dr. Luiz Lacerda Filho**, chefe do Departamento de Pediatria –UFPR.
- ✓ **Prof. Dr. Izrail Cat**, responsável pela UTI Pediátrica, Departamento de Pediatria- UFPR.
- ✓ **Prof. Maria das Dores Wouk** (in memoriam)- professora de Didática Especial e Pedagogia Médica
- ✓ **Prof. Dr. Ramón Ruiz-Maldonado e Dra. Lourdes Tamayo Sanchez**, chefe e professores do Serviço de Dermatologia Pediátrica do Instituto Nacional de Pediatria da Cidade do México.
- ✓ **Prof. Martha García Gomensoro de Sánchez**, professora de Metodologia Científica, Departamento de Métodos e Técnicas da Educação-UFPR.
- ✓ Professores do Curso de Pós-graduação - Mestrado em Pediatria.
- ✓ **Sra. Angela da Matta Silveira Martins**- Bioestatística.
- ✓ **Prof. Dra. Mônica Nunes Lima Cat**, professora do Departamento de Pediatria-UFPR.
- ✓ **Dra. Kerstin Taniguchi Abagge, Dra. Vânia de Carvalho, Dra. Adriana Taraschouk, Dra. Jeanine Bertogna** - Serviço de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria-UFPR
- ✓ **Dr. José Fillus Neto**- Serviço de Anatomia Patológica-HC-UFPR.
- ✓ **Prof. José Renato Soares, Prof. Dr. Klaus de Geus e Srta. Cristiane de Geus**- Informática
- ✓ **Srta. Clara Lara de Freitas** - Secretária do Curso de Pós-Graduação em Pediatria do Departamento de Pediatria - UFPR.
- ✓ **Sra. Miriam de Barros** e funcionários da Seção Arquivo Médico Estatístico do HC-UFPR.
- ✓ **Deodato Mansur e Virgínia Giraldi** - Informática
- ✓ Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde
- ✓ Setor de revistas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
- ✓ CNPq
- ✓ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- ✓ Equipe de estatística da Assessoria de Planejamento (ASPLAN) do HC-UFPR
- ✓ Às crianças do ambulatório de Dermatologia Pediátrica, aos professores e residentes de Pediatria e a todos os que colaboraram na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE ANEXOS	x
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
RESUMO	xiv
ABSTRACT	xv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 PANORAMA HISTÓRICO DA DERMATOLOGIA	1
1.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DERMATOSES NA INFÂNCIA	7
2 JUSTIFICATIVAS e OBJETIVOS	19
3 POPULAÇÃO E MÉTODO	20
3.1 MÉTODO CIENTÍFICO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	20
3.2 COLETA DE DADOS	20
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	22
3.4 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	22
3.5 INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS	23
3.6 ANÁLISE	23
3.7 ESTATÍSTICA	24
4 RESULTADOS	25
4.1 GERAIS	25
4.2 DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES ENCONTRADAS EM GRUPOS DE DOENÇAS DERMATOLÓGICAS	34
4.3 DISTRIBUIÇÃO DAS 15 DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO DE 1978 A 1996	35
5 DISCUSSÃO	72
5.1 DISCUSSÃO DOS ACHADOS GERAIS	72
5.2 SEXO	73
5.3 COR	73
5.4 IDADE NA PRIMEIRA CONSULTA	74
5.5 PROCEDÊNCIA	75
5.6 DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES ENCONTRADAS POR AGRUPAMENTO	76
5.7 DISTRIBUIÇÃO DAS 15 DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO DE 1978 A 1996	77

6 DERMATOSES MAIS ENCONTRADAS NO PERÍODO DE 19 ANOS	81
6.1 DERMATITE ATÓPICA (DA)	81
6.2 PRURIGO ESTRÓFULO (PE).....	84
6.3 VERRUGAS (VV).....	87
6.4 PITIRÍASE ALBA (PA)	89
6.5 DERMATITE SEBORREICA (DS).....	91
6.6 ESCABIOSE (E).....	92
6.7 DERMATITE DE CONTATO (DC)	94
6.8 CERATOSE PILAR (CP)	95
6.9 HEMANGIOMA (H)	96
6.10 IMPETIGO (I).....	98
6.11 PSORÍASE (P).....	100
6.12 TINEA CAPITIS (TC).....	101
6.13 VITILIGO (V).....	103
6.14 ICTIOSE VULGAR (IV).....	104
6.15 MOLUSCO CONTAGIOSO.....	104
7 MUDANÇAS OCORRIDAS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DE ACORDO COM O PERFIL DAS DERMATOSES ENCONTRADAS NO 19 ANOS	106
CONCLUSÃO	109
ANEXOS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1	- DIAGNÓSTICOS LEVANTADOS E EXCLUSÕES NO PERÍODO DE 1978 A 1996	25
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS E PACIENTES NO PERÍODO DE 1978 A 1996	26
TABELA 3	- DISTRIBUIÇÃO DO SEXO, POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO	27
TABELA 4	- DISTRIBUIÇÃO DA COR POR PACIENTE NO PERÍODO ESTUDADO	28
TABELA 5	- DISTRIBUIÇÃO DA IDADE NA CONSULTA POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO	29
TABELA 6	- CORRELAÇÃO ENTRE SEXO E IDADE NA CONSULTA	30
TABELA 7	- CORRELAÇÃO ENTRE IDADE NA CONSULTA E OS CINCO PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS	31
TABELA 8	- DISTRIBUIÇÃO DA PROCEDÊNCIA, POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO	33
TABELA 9	- DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES POR GRUPOS NO PERÍODO ESTUDADO	34
TABELA 10	- DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO ESTUDADO	35
TABELA 11	- DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO ESTUDADO	41
TABELA 12	- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO OS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA NO PERÍODO ESTUDADO	131
TABELA 13	- NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DOS AMBULATÓRIOS DE PEDIATRIA E DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HC DA UFPR, NOS PERÍODOS ESTUDADOS	132
TABELA 14	- DERMATOSES MAIS COMUNS NA CONSULTA PEDIÁTRICA E SUA FREQUÊNCIA NO PERÍODO ESTUDADO	132
TABELA 15	- DERMATOSES MAIS RARAS E SUA FREQUÊNCIA NO PERÍODO ESTUDADO	132

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS E PACIENTES NO PERÍODO ESTUDADO.....	26
GRÁFICO 2	- DISTRIBUIÇÃO DO SEXO NO PERÍODO ESTUDADO.....	27
GRÁFICO 3	- DISTRIBUIÇÃO DA IDADE NA CONSULTA NO PERÍODO ESTUDADO.....	29
GRÁFICO 4	- DISTRIBUIÇÃO DA PROCEDÊNCIA NO PERÍODO ESTUDADO- PARANÁ	32
GRÁFICO 5	- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES PELA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, NO PERÍODO ESTUDADO.....	32
GRÁFICO 6	- DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO ESTUDADO.....	36
GRÁFICO 7	- COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA DERMATITE ATÓPICA NO PERÍODO ESTUDADO.....	36
GRÁFICO 8	- IDADE DO APARECIMENTO DA DERMATITE ATÓPICA	37
GRÁFICO 9	- IDADE NA CONSULTA DA DERMATITE ATÓPICA.....	38
GRÁFICO 10	- MÊS DE CONSULTA DA DERMATITE ATÓPICA	38
GRÁFICO 11	- COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DO PRURIGO ESTRÓFULO NO PERÍODO ESTUDADO	39
GRÁFICO 12	- IDADE DO APARECIMENTO DO PRURIGO ESTRÓFULO.....	40
GRÁFICO 13	- IDADE NA CONSULTA DO PRURIGO ESTRÓFULO	40
GRÁFICO 14	- MÊS DE CONSULTA DO PRURIGO ESTRÓFULO	41
GRÁFICO 15	- COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DAS VERRUGAS NO PERÍODO ESTUDADO	41
GRÁFICO 16	- IDADE DO APARECIMENTO DAS VERRUGAS	42
GRÁFICO 17	- IDADE NA CONSULTA DAS VERRUGAS	43
GRÁFICO 18	- MÊS DE CONSULTA DAS VERRUGAS	43
GRÁFICO 19	- COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA PITIRÍASE ALBA NO PERÍODO ESTUDADO	44
GRÁFICO 20	- IDADE DO APARECIMENTO DA PITIRÍASE ALBA	45
GRÁFICO 21	- IDADE NA CONSULTA DA PITIRÍASE ALBA	45

GRÁFICO 22 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA DERMATITE SEBORREICA NO PERÍODO ESTUDADO.....	46
GRÁFICO 23 - IDADE DO APARECIMENTO DA DERMATITE SEBORREICA	47
GRÁFICO 24 - IDADE NA CONSULTA DA DERMATITE SEBORREICA	47
GRÁFICO 25 - MÊS DE CONSULTA DA DERMATITE SEBORREICA	48
GRÁFICO 26 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA ESCABIOSE NO PERÍODO ESTUDADO	48
GRÁFICO 27 - IDADE DO APARECIMENTO DA ESCABIOSE	49
GRÁFICO 28 - IDADE NA CONSULTA DA ESCABIOSE	50
GRÁFICO 29 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA DERMATITE DE CONTATO NO PERÍODO ESTUDADO.....	50
GRÁFICO 30 - PERCENTUAL DE CASOS DE DERMATITE DE CONTATO, SEGUNDO A VARIÁVEL SEXO, NO PERÍODO ESTUDADO	51
GRÁFICO 31 - IDADE DO APARECIMENTO DA DERMATITE DE CONTATO.....	52
GRÁFICO 32 - IDADE NA CONSULTA DA DERMATITE DE CONTATO.....	52
GRÁFICO 33 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA CERATOSE PILAR NO PERÍODO ESTUDADO	53
GRÁFICO 34 - IDADE DO APARECIMENTO DA CERATOSE PILAR	54
GRÁFICO 35 - IDADE NA CONSULTA DA CERATOSE PILAR	54
GRÁFICO 36 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DO HEMANGIOMA NO PERÍODO ESTUDADO	55
GRÁFICO 37 - PERCENTUAL DOS CASOS DE HEMANGIOMA, SEGUNDO A VARIÁVEL SEXO, NO PERÍODO ESTUDADO	55
GRÁFICO 38 - IDADE DO APARECIMENTO DO HEMANGIOMA	56
GRÁFICO 39 - IDADE NA CONSULTA DO HEMANGIOMA	57
GRÁFICO 40 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DO IMPETIGO NO PERÍODO ESTUDADO	57
GRÁFICO 41 - IDADE DO APARECIMENTO DO IMPETIGO	58
GRÁFICO 42 - IDADE NA CONSULTA DO IMPETIGO	59
GRÁFICO 43 - MÊS DE CONSULTA DO IMPETIGO	59
GRÁFICO 44 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA PSORÍASE NO PERÍODO ESTUDADO	60

GRÁFICO 45 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE PSORÍASE SEGUNDO A VARIÁVEL COR, NO PERÍODO ESTUDADO	60
GRÁFICO 46 - IDADE DO APARECIMENTO DA PSORÍASE	61
GRÁFICO 47 - IDADE NA CONSULTA DA PSORÍASE	61
GRÁFICO 48 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA TINEA CAPITIS NO PERÍODO ESTUDADO.....	62
GRÁFICO 49 - IDADE DO APARECIMENTO DA TINEA CAPITIS	63
GRÁFICO 50 - IDADE NA CONSULTA DA TINEA CAPITIS	63
GRÁFICO 51 - MÊS DE CONSULTA DA TINEA CAPITIS	64
GRÁFICO 52 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DO VITILIGO NO PERÍODO ESTUDADO	64
GRÁFICO 53 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VITILIGO, SEGUNDO A VARIÁVEL SEXO, NO PERÍODO ESTUDADO	65
GRÁFICO 54 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VITILIGO, SEGUNDO A VARIÁVEL COR, NO PERÍODO ESTUDADO	65
GRÁFICO 55 - IDADE DO APARECIMENTO DO VITILIGO	66
GRÁFICO 56 - IDADE NA CONSULTA DO VITILIGO	66
GRÁFICO 57 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DA ICTIOSE VULGAR NO PERÍODO ESTUDADO	67
GRÁFICO 58 - IDADE DO APARECIMENTO DA ICTIOSE VULGAR	68
GRÁFICO 59 - IDADE NA CONSULTA DA ICTIOSE VULGAR	68
GRÁFICO 60 - MÊS DE CONSULTA DA ICTIOSE VULGAR	69
GRÁFICO 61 - COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DO MOLUSCO CONTAGIOSO NO PERÍODO ESTUDADO.....	69
GRÁFICO 62 - IDADE DO APARECIMENTO DO MOLUSCO CONTAGIOSO.....	70
GRÁFICO 63 - IDADE NA CONSULTA DO MOLUSCO CONTAGIOSO.....	71

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - QUADRO A1 - DADOS DAS DERMATOSES NO PERÍODO DE 1978 A 1996.....	111
ANEXO 2 - QUADRO A2 - CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM MEDICINA GERAL.....	112
ANEXO 3 - QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES NO PERÍODO ESTUDADO	115
ANEXO 4 - QUADRO 4 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS CID - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)	124
ANEXO 5 - RESULTADOS ESTATÍSTICOS	145
ANEXO 6 - QUADRO A6 - CORRELAÇÃO DA ORDEM DE APARECIMENTO ENTRE AS DERMATOSES DO ESTUDO E AS DE OUTROS SERVIÇOS.....	148
ANEXO 7 - QUADRO A7 - CORRELAÇÃO DAS DERMATOSES ENCONTRADAS NO ESTUDO COM AS DE OUTROS TRABALHOS POPULACIONAIS	149
ANEXO 8 - HISTÓRICO DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	150
ANEXO 9 - FIGURAS DAS 15 DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO ESTUDADO.....	152

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - RESULTADO DO TESTE APLICADO NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES	41
QUADRO 2 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - DERMATITE ATÓPICA.....	133
QUADRO 3 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES- PRURIGO ESTRÓFULO	134
QUADRO 4 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - VERRUGAS.....	135
QUADRO 5 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - PITIRÍASE ALBA	136
QUADRO 6 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES- DERMATITE SEBORREICA.....	137
QUADRO 7 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - ESCABIOSE.....	138
QUADRO 8 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - DERMATITE DE CONTATO	139
QUADRO 9 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - CERATOSE PILAR	140
QUADRO 10 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - HEMANGIOMA	141
QUADRO 11 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - IMPETIGO	142
QUADRO 12 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - PSORÍASE.....	143
QUADRO 13 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - TINEA CAPITIS	144
QUADRO 14 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - VITILIGO	145
QUADRO 15 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - ICTIOSE VULGAR	146
QUADRO 16 - DADOS GERAIS NAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - MOLUSCO CONTAGIOSO	147

LISTAS DE FIGURAS

ANEXO 9

FIGURA 1 - DERMATITE ATÓPICA.....	152
FIGURA 2 - PRURIGO ESTRÓFULO	153
FIGURA 3 - VERRUGAS.....	154
FIGURA 4 - PITIRÍASE ALBA	155
FIGURA 5 - DERMATITE SEBORREICA	156
FIGURA 6 - ESCABIOSE.....	157
FIGURA 7 - DERMATITE DE CONTATO	158
FIGURA 8 - CERATOSE PILAR.....	159
FIGURA 9 - HEMANGIOMA	160
FIGURA 10 - IMPETIGO	161
FIGURA 11 - PSORÍASE.....	162
FIGURA 12 - TINEA CAPITIS.....	163
FIGURA 13 - VITILIGO	164
FIGURA 14 - ICTIOSE VULGAR	165
FIGURA 15 - MOLUSCO CONTAGIOSO	167

LISTA DE ABREVIATURAS

CID-10	- Classificação Internacional das Doenças-10
CP	- Ceratose Pilar
DA	- Dermatite Atópica
DC	- Dermatite de contato
DS	- Dermatite Seborreica
E	- Escabiose
G	- Grupos
HC- UFPR	- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
H	- Hemangioma
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I	- Impetigo
IV	- Ictiose Vulgar
MC	- Molusco Contagioso
NS	- Não Significativo
PA	- Pitíriase Alba
PE	- Prurigo Estrófulo
P	- Psoríase
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
TC	- Tinea Capitis
V	- Vitiligo
VV	- Verrugas
IgE	- Imunoglobulina E

RESUMO

Estudos epidemiológicos em Dermatologia Pediátrica são escassos na literatura e pouco se sabe sobre a frequência das dermatoses pediátricas em serviços hospitalares. Este estudo, epidemiológico descritivo, do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, teve a finalidade de traçar o perfil dos pacientes atendidos, caracterizar as 15 dermatoses mais frequentes e descrever as mudanças ocorridas no serviço no período de 19 anos (1978 a 1996). Durante o período do estudo foram examinadas 7.561 crianças com doenças de pele e realizados 9.989 diagnósticos. Foi evidenciado aumento de 16 vezes no número de pacientes, correspondendo a 1,47% de todo o atendimento ambulatorial pediátrico do Hospital de Clínicas até 1996, enquanto o número de diagnósticos cresceu 18 vezes em comparação com 1978. Foi constatado predomínio de pacientes da cor branca (93,3%), das dermatoses atendidas e das 15 dermatoses mais frequentes. No atendimento ambulatorial das dermatoses houve predomínio de pacientes da faixa etária escolar (39,8%), e do sexo feminino (52,2%). O maior contingente procedeu do Estado do Paraná (96,5%), e da cidade de Curitiba (54,4%), sendo que nos últimos 3 anos do estudo, houve predomínio de pacientes oriundos da Região Metropolitana de Curitiba. As 15 dermatoses mais frequentes no período de 19 anos foram: Dermatite Atópica (10,4%), Prurigo Estrófulo (5,8%), Verrugas (4,8%), Pitiríase Alba (4,5%), Dermatite Seborreica (3,9%), Escabiose (3,9%), Dermatite de Contato (3,7%), Ceratose Pilar (3,7%), Hemangioma (3,5%), Impetigo (2,7%), Psoríase (2,7%), Tinea Capitis (2,5%), Vitiligo (2,2%), Ictiose Vulgar (1,8%) e Molusco Contagioso (1,6%). No ambulatório, houve redução do atendimento de dermatoses mais comuns ao pediatra e aumento das dermatoses mais raras, o que poderia indicar uma adequada orientação na especialidade.

ABSTRACT

Epidemiological studies on Pediatric Dermatology are exceptional in the literature and little is known about the frequency of pediatric dermatoses in hospitals. The present study, epidemiological and descriptive, performed at the Hospital de Clínicas outpatient Unit of UFPR, was aimed to analyze the morphologic category of the lesions, the characteristics of the population of patients, the pattern of geographical distribution, to determine the 15 most frequent dermatoses and to evaluate the modifications which took place in this Unit during 19 years (from 1978 to 1996). During this period, 7561 new patients were examined and they were classified in 9989 dermatoses. The number of registered patients in this specialty increased 16 times, corresponding to 1.47% of all pediatric outpatients of Hospital de Clínicas until 1996, while the number of dermatologic diseases increased 18 times in comparison to 1978. It was documented a predomination of white skin patients (93.3%) among all types of examined dermatoses, including the 15 most frequent ones. Patients were more frequently found at school age (39.8%) and the female gender was slightly more common (52.2%). Most of the patients came from the state of Paraná (96.5%) and from the Capital (54.4%), however, in the last 3 years it has been noticed a predomination of outpatients coming from the metropolitan area of Curitiba. The most frequent dermatoses, observed in this period, were: atopic dermatitis (10.4%), pruritus strophulus (5.8%), warts (4.8%), pityriasis alba (4.5%), seborrheic dermatitis (3.9%), scabies (3.9%), contact dermatitis (3.7%), keratosis pilaris (3.7%), hemangioma (3.5%), psoriasis (2.7%), impetigo (2.7%), tinea capitis (2.5%), vitiligo (2.2%), Ichthyosis vulgaris (1.8%) and molluscum contagiosum (1.6%). There was a decrease in frequency of the most common dermatosis and an increase of the less frequent ones indicating an appropriate orientation of the pediatrician in this specialty.

1 INTRODUÇÃO

1.1 PANORAMA HISTÓRICO DA DERMATOLOGIA

GERAL E PEDIÁTRICA

As doenças de pele, possivelmente, são tão antigas quanto a própria existência do homem. As primeiras descrições sobre doenças que comprometem a pele encontram-se na “Tábua de Sumer”, escritos mesopotâmicos de cinco mil anos de idade, e nos papiros egípcios de “Ebers”, datados de 1500 A.C. Na Grécia antiga, os livros de Hipócrates trazem a terminologia grega básica ainda utilizada nos dias de hoje na dermatologia (ROOK, WILKINSON & EBLING, 1992).

No século dezoito, as afecções cutâneas pertenciam a área do cirurgião, e somente a partir do século dezenove, médicos da área clínica registram sinais na pele, oriundos de algumas doenças crônicas como a sífilis e a tuberculose (ROOK, WILKINSON & EBLING, 1992).

Em 1841, Hebra, pertencente à escola médica de Viena, dedica-se ao estudo de doentes com comprometimento da pele e em 18 de dezembro de 1849 funda a “Escola Vienense de Dermatologia”. Hebra definiu as bases da dermatologia pelo método morfológico, e, com Kaposi, publicou vários livros e atlas sobre doenças cutâneas. Viena tornou-se assim um grande centro de investigação em dermatologia. Neste período a dermatologia e a venereologia formavam uma mesma especialidade; mas, com os progressos científicos da época, foram separadas em 1880. A partir desta época foram surgindo as especializações na dermatologia e alguns dermatólogos da escola vienense dedicavam-se a algumas áreas específicas: Oppenheim às doenças ocupacionais; Kyrle à histopatologia; Müller ao sorodiagnóstico; Dattner ao estudo da neuro-sífilis; Urbach à alergia e histoquímica; Volk à tuberculose da pele; Lipschütz à bacteriologia; Stein à micologia e Leiner às doenças de pele na infância (KÜNEWALDER, 1957).

No início do século vinte, a escola francesa destacou-se com progressos importantes na área de histopatologia com Vidal e Besnier. Muitas doenças da pele foram descritas e Brocq e Darier publicam o clássico “Tratado de Dermatologia” (CASTIGLIONI, 1941).

Na segunda metade do século, com o aumento dos conhecimentos científicos e tecnológicos em dermatologia, surgem especializações como a cirurgia dermatológica, a quimiocirurgia, a fotobiologia, a alergia de contato e a histopatologia. Nos últimos anos, surgem especialidades como a terapia com laser e o aconselhamento genético (ROOK, WILKINSON & EBLING, 1992).

A dermatologia, como uma especialidade separada da medicina geral, foi introduzida no Brasil em 1883 por Gabizo que fez sua formação em Viena com dermatólogos pioneiros como Hebra e Kaposi. Gabizo, foi o primeiro diretor da clínica de doenças cutâneas e sifilíticas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1882, Silva Araújo foi o primeiro professor de dermatologia no Brasil e formou o serviço de Dermatologia ambulatorial na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Neste serviço, eminentes dermatologistas como Parreiras Horta e Ramos e Silva contribuíram na formação de vários especialistas, transformando o serviço em um moderno departamento de dermatologia. No século dezenove a dermatologia tropical era a principal área de estudos dos dermatologistas brasileiros. Inúmeras contribuições neste campo foram dadas: em 1867, a descrição do ainhum por Silva Lima, Juliano Modeira descreve uma leishmaniose cutânea (botão da Bahia) em 1886 e, em 1891, Cerqueira descreve casos de tinea nigra (keratomicose nigrica palmar).

No início do século, Eduardo Rabello com o auxílio de Oswaldo Cruz, dá um impulso às investigações em dermatologia. Como consequência, em 1908, Lutz descreve a blastomicose Sul Americana (doença de Lutz), em 1921, Parreiras Horta identifica o agente da tinea nigra, e em 1935, Jorge Lobo descreve a Lobo blastomicose keloidal (RABELLO, 1973).

Em 1912 foi fundada a Sociedade Brasileira de Dermatologia e em 1925 lançado o primeiro número dos Anais Brasileiros de Dermatologia (Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia). Muitos centros de formação e pesquisa em dermatologia surgem no país e doenças como a hanseníase e o pênfigo foliáceo são extensivamente estudadas (RABELLO, 1973).

Com o aumento dos conhecimentos na área de dermatologia, alguns dermatologistas dedicaram-se as doenças de pele de crianças. No Brasil são poucos os registros históricos sobre os serviços de dermatologia pediátrica. Anteriormente a formação de serviços de dermatologia pediátrica, eram publicados apenas relatos de casos de dermatoses pediátricas por pediatras e dermatologistas. Em 1957 Augusto Severo da Costa, pediatra, publica artigo intitulado “Incidência de Dermatoses na Infância”. Dermatólogos de adultos, como a Dra Gabriela Lowy, no Rio de Janeiro, foram pioneiros no país no atendimento e estudo de doenças de pele nas crianças. Alguns artigos sobre recenseamentos de doenças de pele em comunidades ou em escolas foram publicados por dermatologistas (ROMITTI, 1978).

Anteriormente a formação de Serviços de Dermatologia Pediátrica, eram publicados apenas relatos de casos de dermatoses pediátricas por dermatologistas e pediatras.

Em 1978 é formado o ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sendo um dos serviços pioneiros no atendimento das dermatoses, exclusivamente da faixa etária pediátrica.

Da mesma forma como a dermatologia geral evoluiu no decorrer dos anos, o interesse sobre as doenças de pele na infância tem evolução histórica própria.

As doenças de pele na infância têm seus registros desde a antigüidade, onde as mulheres mais idosas é que cuidavam e resolviam os problemas de saúde das mulheres e crianças. As avós ou parteiras experientes cuidavam do parto, puerpério e do recém-nascido. Assim, também o cuidado da pele das crianças e o uso de ungüentos tópicos para tratamento eram administrados pelas mulheres mais experientes (RADBILL, 1975).

Muitos estudiosos acreditam que o “Vedas”, livro sagrado dos hindus, de cerca de dois mil anos, é um dos mais antigos, dando especial atenção ao cuidado de saúde das crianças. No “Atharva-Veda”, os papiros descrevem a icterícia fisiológica e as marcas de nascimento das crianças (RABDILL, 1975).

No Irã o “Avesta” (ou “Zendavesta”), escritos zoosterianos Persas originados em 518 AC, mencionam o prurido e as erupções de pele que necessitavam isolar os enfermos. A hipertricose era considerada “obra do mal” nas crianças pequenas. Em Israel, a Bíblia cita a crença nas influências maternas sobre o feto por nascer. Assim, desde tempos imemoráveis, as manchas de nascimento eram atribuídas a influências pré-natais (RABDILL, 1975).

Nos escritos gregos de Hipócrates, existem seis citações especialmente sobre alterações de pele das crianças. Nos Aphorismo III:26 e II:15 há relatos sobre a presença de verrugas e pápulas nas crianças e, no livro sobre epidemias, Hipócrates descreve na criança o aparecimento da apostase (abcesso) associada a tosse, alterações intestinais, e febre contínua, que ocasionavam o aparecimento de pequenas úlceras nas extremidades inferiores dos lactentes (RABDILL, 1975).

Aristóteles, pupilo de Platão; na “História dos Animais” menciona “akari” o termo usado para ácaro, o agente da escabiose (RADBILL, 1975).

Aurelius Cornelius Celsus (25 AC a 50 DC), descreveu cerca de quarenta dermatoses dentre as quais encontram-se algumas muito comuns nas crianças, como a alopecia areata (área Celsi), o Kerion Celsi (favus ou kerion), a dermatite seborreica (crosta de leite ou crusta láctea), o vitiligo (vitium), os nevos (semion ou moles), as sardas (ephelidas) ou efélides (RABDILL, 1976).

Plínio, o Idoso, (32 a 79 DC) e Dioscordines (40 a 90 DC), utilizavam várias formulações e unguentos para o tratamento de doenças dermatológicas em crianças (RADBILL, 1976).

Galeno (129 a 200 DC), na primeira monografia em dermatologia, estabeleceu a farmacologia e o tratamento de doenças de pele em crianças (RADBILL, 1978).

O médico persa Rhazes (860 a 932), escreveu o primeiro texto de pediatria abordando doenças de pele (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1989).

As doenças de pele da infância são estudadas há muitos séculos. Os primeiros livros escritos sobre o tema foram: “Crusta Lactea Infantum” por Carol Strack em 1779 e por Walter Dandy, cirurgião de uma clínica pediátrica de Londres (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1989).

A partir do século dezenove, com o surgimento de áreas específicas em dermatologia, a dermatologia pediátrica torna-se área de estudo singular. Leiner, no século dezenove, é um dos primeiros médicos a dedicar-se às doenças de pele de crianças. Vários livros e artigos sobre o tema são publicados por: Duchesne, Caillault (1859), Campbell (1889), Fox (1896), Jessner (1904) e Finkelstein em 1916 (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1989).

Há cerca de vinte e cinco anos, a dermatologia pediátrica foi estabelecida como especialidade quer da dermatologia quer da pediatria. Pela exigência cada vez maior, de conhecimentos das doenças sistêmicas nas crianças que cursam com problemas de pele, a dermatologia pediátrica tornou-se área de especialidade também do pediatra.

O primeiro livro de Dermatologia Pediátrica foi escrito por Howard Fox em 1930 ("Diseases of Skin in Infancy and Childhood"). Outros autores escreveram livros sobre o tema como: Erich Urbach (1932), Ernst Moro (1932), Mackee e Cipollaro (1936), com uma segunda edição em 1946 (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1989).

Em 1960 dois novos livros textos de Dermatologia Pediátrica foram publicados, por M. Leider e por H. H. Perlman, primeiros médicos pediatras e dermatologistas nos Estados Unidos (JACOBS, 1983).

O interesse nas doenças de pele da infância tem se desenvolvido e crescido exponencialmente nos últimos anos. Em 1973, no 1º Congresso Internacional de Dermatologia Pediátrica, organizado na Cidade do México, foi fundada a Sociedade Internacional de Dermatologia Pediátrica. Em 1974, em Chicago, foi fundada a Sociedade Americana de Dermatologia Pediátrica, e em 1982 surge a primeira revista da especialidade: a "Pediatric Dermatology", embora na revista "The Pediatric Clinics of North America", primeira edição de 1956, coordenada por Carrol F. Burgoon Jr. dermatologista e Jane S. Burgoon, pediatra, o tema tinha sido Dermatologia Pediátrica. Em 1971, 1978, 1983 e 1991 a mesma revista dedica ao "Pediatrics Clinics Symposia" a Dermatologia Pediátrica (JACOBS, 1983).

Nas décadas de oitenta e noventa inúmeros livros sobre a especialidade foram editados: Practical Pediatric Dermatology por William Weston, Textbook of Pediatric Dermatology por Ramón Ruiz-Maldonado; Lawrence C. Parish e J. M. Beare e Pediatric Dermatology por Sidney Hurwitz (JACOBS, 1983).

Nos últimos anos, a Academia Americana de Pediatria e a Academia Americana de Dermatologia têm oferecido programas educacionais sobre dermatologia na faixa etária pediátrica (JACOBS, 1978).

Em outubro de 1996 foi fundada a Sociedade Latinoamericana de Dermatologia Pediátrica, pela necessidade, cada vez mais evidente, da união dos médicos nesta especialidade, de grande importância para os países latinoamericanos (BOLETÍN DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, 1996).

No Brasil, são poucos os registros históricos sobre a dermatologia pediátrica.

Em 1957, Augusto Severo da Costa, pediatra, publica artigo intitulado “Incidência de dermatoses na infância” (COSTA, 1957). Posteriormente, alguns dermatólogos gerais iniciam atendimento à crianças com problemas de pele em São Paulo; com Dr. Aurélio Ancona Lopes e no Rio de Janeiro com a Dra. Gabriela Lowy (COMUNICAÇÃO DRA. GABRIELA LOWY).

Os primeiros livros publicados no Brasil sobre o tema foram: “Temas de Dermatologia Infantil” (LOPEZ, 1993) e “Terapêuticas em Dermatologia Infantil” (LIMA, 1997).

São poucos os trabalhos epidemiológicos de doenças de pele em crianças, tanto a nível populacional como hospitalar, no Brasil. Este fato reflete de alguma forma, a escassez de serviços de atendimento desta especialidade, em serviços pediátricos e dermatológicos.

Em 1978 foi criado o ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Este serviço tornou-se um dos pioneiros do país no atendimento das dermatoses exclusivas da faixa etária pediátrica. O grande número de crianças atendidas nos diversos setores do Departamento de Pediatria e a dificuldade que pediatras e médicos de atenção primária à saúde apresentavam no diagnóstico e resolução das doenças de pele, mostraram a necessidade de um melhor entendimento das dermatoses nesta faixa etária. As diferenças entre as manifestações de pele de muitas doenças entre crianças e adultos, as doenças congênitas e, principalmente, o manejo da terapêutica no paciente pediátrico, foram fatores importantes que levaram à implantação do ambulatório da especialidade pela Dra. Leide Parolin Marinoni. Inicialmente o ambulatório dispunha da orientação da disciplina de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. De 1978 a 1979, o ambulatório prestava seus serviços uma vez por semana. A partir de 1980 iniciou-se a orientação de residentes em pediatria, do

primeiro e segundo ano, com a finalidade de proporcionar o ensino que integrasse ao pediatra elementos básicos para orientar as dermatoses mais comuns da faixa etária pediátrica. De 1983 a 1994, com o aumento do número de pacientes, o ambulatório passou a atender duas vezes por semana. Em 1987, a especialidade de dermatologia pediátrica passou a fazer parte das atividades dos doutorandos no estágio de Pediatria. Desde 1994 o ambulatório funciona quatro vezes por semana com a participação de três médicas com formação em dermatologia pediátrica e dois especializando na área. Houve um aumento no volume de atendimento de crianças com doenças de pele, não só as mais comuns mas também as menos frequentes, e de condutas mais complexas no tratamento. Estes fatores foram resultado de educação continuada, o que contribuiu para que o pediatra possa solucionar as dermatoses mais comuns na criança e encaminhar os casos de doenças que necessitam maior qualificação diagnóstica e terapêutica.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DERMATOSES NA INFÂNCIA

A epidemiologia como área de conhecimento dinâmico tem expandido sua contribuição nas últimas décadas. As doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias foram o principal foco de investigação epidemiológica, por muitos anos. No entanto, nas últimas décadas, a epidemiologia tem sido aplicada em todas as áreas relacionadas à saúde da população (BARATA, 1997).

Com o desenvolvimento de novos métodos, técnicas estatísticas e recursos para pesquisa, a investigação das doenças foi aprimorada gerando estudos descritivos que permitem o reconhecimento do comportamento da doença na população, relacionados à sua distribuição e frequência. Além disto, os estudos descritivos permitem a elaboração de hipóteses na geração de estudos analíticos com a finalidade de identificar fatores determinantes e contribuintes para a ocorrência das doenças e ainda a proposição de medidas de prevenção e controle das mesmas.

A aplicação da epidemiologia nos estudos das dermatoses na infância realça fatores importantes como as características da população estudada e da Dermatose. O sexo é fator importante no aparecimento de certas dermatoses, como no hemangioma onde, o feminino é o mais frequentemente afetado. A cor e idade do paciente são fatores de igual relevância para algumas doenças como na melanose pustulosa transitória neonatal, que é mais frequente nos recém-natos melanodérmicos. Outros fatores importantes como a sazonalidade e a região de ocorrência da dermatose são observados no prurigo estrófulo, que é mais frequente nos meses de verão e nas regiões tropicais e sub-tropicais.

Os métodos descritivos são mais simples porém de grande importância nas investigações epidemiológicas; são de baixo custo e podem ser realizados em menor tempo (CHUANG, REIZNER, 1993 e SAYEG, DICKSTEIN, 1995). Eles auxiliam na caracterização do comportamento das dermatoses pediátricas e em suas alterações ao longo do tempo, indicando estratégias de controle (BARATA, 1997).

A epidemiologia também contribui para a obtenção do perfil dos serviços de dermatologia, permitindo uma melhor organização dos mesmos. Muitas vezes, as doenças prevalentes na população não são as mesmas observadas nos serviços hospitalares da especialidade. Isto poderia refletir o modo como o serviço está organizado, desde o tipo do serviço, especialidade pediátrica ou atendimento em clínica geral, até a caracterização da equipe médica, com treinamento ou não, podendo dar resolubilidade às dermatoses mais comuns.

A epidemiologia, como instrumento de aplicação na dermatologia pediátrica, é pouco utilizada mas pode trazer grandes contribuições, por contar em seus métodos de investigação com técnicas descritivas e analíticas (BOWKER, CROSS, FAIRBURN, *et al.*, 1976 e CHUANG, MIKOWSKI, REIZNER, 1998). As técnicas epidemiológicas descritivas são utilizadas em estudos populacionais para a determinação da prevalência das dermatoses, causas de morbidade e das necessidades da população (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA, *et al.*, 1998). Os estudos descritivos em serviços hospitalares são de grande valia para traçar o perfil do serviço, dos pacientes e da ocorrência das principais dermatoses (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996).

O pouco conhecimento sobre a prevalência das doenças de pele, devido a escassez de estudos epidemiológicos na especialidade de dermatologia pediátrica no nosso meio, torna necessário o desenvolvimento de estudos descritivos nesta área, pois pouco se sabe sobre a prevalência das doenças de pele em crianças em nossa população.

Do ponto de vista estatístico, estudos epidemiológicos têm demonstrado que nos países em desenvolvimento as doenças de pele constituem um dos maiores problemas de saúde pública, e estão em segundo lugar entre as doenças mais comuns (RYAN, 1990).

Esta situação, em grande parte, é semelhante ao que ocorria na Europa no início do século XX quando as infecções de pele e as infestações parasitárias prevaleciam entre as sociedades economicamente desfavorecidas (LOMHOLT, 1990).

Em muitos países em desenvolvimento as dermatoses são de grande impacto social e econômico. O não tratamento das doenças de pele, os tratamentos mal orientados e a auto-produção de lesões, por contínua escoriação, tornam a resolução mais demorada e o tratamento mais dispendioso. O diagnóstico correto, o tratamento adequado e sua prevenção, ajudam a diminuir gastos nos programas de saúde pública (HAY, ANDERSON, ESTRADA, 1991).

São de impacto social as faltas escolares e a aceitação de crianças com problemas de pele nas creches assim como, falta ao trabalho por parte das mães ou responsáveis pela criança com dermatose.

Estudos realizados em países em desenvolvimento, confirmam que as doenças cutâneas são uma das maiores queixas nos centros de atenção primária à saúde. Por isso, o tratamento e orientação das dermatoses requer planejamento comunitário, com colaboradores de saúde primária treinados a reconhecer e tratar as mais comuns, de maneira efetiva, econômica e adaptando os métodos de tratamento às condições locais (SKIN DISEASE AND PUBLIC HEALTH MEDICINE- EDITORIALS, 1991).

Somente após estudos epidemiológicos com grandes amostras e com dados de prevalência das dermatoses em comunidades de países em desenvolvimento, é possível planejar e traçar estratégias para programas de tratamento (HAY, ANDERSSON, ESTRADA, 1991).

As condições precárias de moradia nas áreas rurais e em algumas áreas urbanas nos países em desenvolvimento, favorecem o aparecimento de muitas doenças de pele. A má nutrição, o inadequado suprimento de água e saneamento básico precário contribuem para sua aquisição e disseminação (DONOFRIO, MILLIKAN, 1994).

Problemas políticos e burocráticos, dificuldade na obtenção e transporte de medicamentos, escasso suporte financeiro, gastos com outras doenças (diarréia e sarampo) e reduzido número de médicos disponíveis à população, são fatores importantes para o descuido com as doenças de pele (OLIVER, 1990).

Na África do Sul, um estudo demonstrou que aquele país convive com situações opostas tanto de primeiro como de terceiro mundo; fatores políticos e socio-econômicos levam a óbito crianças por doenças crônicas hematológicas assim como por desnutrição, diarreia e tuberculose (SAXE, 1995).

Na Tanzânia, um estudo demonstrou a presença de sinais de deficiência nutricional (hipoproteïnemia, coiloníquia, estomatite angular e frinoderma) na população. O predomínio destes achados foi em crianças menores de cinco anos com deficiência importante na ingesta protéica (HENDERSON, 1996).

Estudos estatísticos demonstram que no continente africano as dermatoses são mais prevalentes e são negligenciadas pelos programas de saúde pública (RATNAM, JAYARAJUK, 1979).

Existem poucos estudos epidemiológicos nos países em desenvolvimento que avaliem os fatores sócio-econômicos responsáveis ou determinantes na prevalência das doenças de pele. Na Tanzânia, constatou-se que a grande promiscuidade nos lares estava significativamente associada a doenças de pele transmissíveis como: as parasitárias (escabiose), infecciosas (piodermite) e as micoses. Dos 1.114 pacientes nos quais foram constatadas doenças de pele, 762 eram menores de 20 anos, demonstrando que as dermatoses, principalmente as transmissíveis, se concentravam nos grupos de faixa etária pediátrica (GIBBS, 1996).

No continente asiático e principalmente na Índia ocorre alta incidência de doenças dermatológicas de maior transmissibilidade como as parasitárias (escabiose) e infecções bacterianas e virais (verrugas). Justifica-se esta incidência pelos altos índices de pobreza e higiene precária (JAISWAL, BHUSHAN, BADRINATHS, 1994).

Um estudo realizado na região da Jamaica analisou 14179 pacientes, e destes, 6% apresentavam problemas dermatológicos com uma predominância também de doenças transmissíveis como: escabiose, impetigo e tinas (BADAME, 1988).

Nos países Latino-Americanos, principalmente nas áreas rurais, as populações vivem em meio a precárias condições de saúde e com sérios problemas sócio-econômico-culturais (COLLANTES, 1995).

No leste do continente Africano, as doenças de pele constituem um problema de saúde pública onde 75% das crianças são menores de 15 anos. (DONOFRIO, MILLIKAN, 1994).

Nas áreas rurais da África, 60 a 80% das doenças de pele, constituem a 5ª maior causa de morbidade, sendo, em princípio, preveníveis, curáveis e controláveis. Destas dermatoses, 90% são atendidas por auxiliares de saúde sem treinamento em dermatologia. Mais de 80% das crianças de comunidades desfavorecidas apresentam infecções cutâneas (RYAN, 1990).

Em Malawi, na África são realizados projetos para a introdução de dermatologistas no atendimento primário médico para melhorar a relação custo-benefício à saúde. A Dermatologia, apesar de ser uma especialidade negligenciada em muitos países em desenvolvimento, é de grande impacto social e econômico (LOMHOLT, 1987).

No Brasil, foi demonstrado que há pouco apoio por parte de coordenadores e administradores de saúde com relação ao atendimento médico de nível terciário. Os programas de saúde sofrem precárias avaliações e são pouco conhecidas as características das populações a serem atendidas (MORCILLO, MARMO, BERNARDI *et al.*, 1989).

Um estudo epidemiológico em crianças, no vale do rio Purus na Amazônia, demonstrou que as doenças de pele eram a maior queixa nos centros de atenção primária à saúde e que 87% delas eram tratáveis neste nível de atenção (BECHELLI, HADAAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

Estima-se que as doenças de pele correspondem à 30% das consultas em pediatria geral (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

Serviços de atenção terciária em pediatria geral constataam que 24% das crianças atendidas apresentam problemas cutâneos, incluindo a queixa principal e o achado no exame clínico (TUNNESSEN, 1984).

Na Universidade de Virgínia, Estados Unidos, um estudo sobre a frequência de crianças com problemas de pele na consulta pediátrica, constatou que, de 1.547 pacientes vistos no período de um ano, 21,2% das consultas foram por dermatoses. Destes, 5,9% eram a queixa principal e 15,2% eram relacionados a uma queixa secundária ou um achado no exame clínico (HAYDEN, 1985).

Uma avaliação do “National Medical Care Survey”, serviço de controle de consultas realizadas nos Estados Unidos, do ano de 1990, constatou que 163,3 milhões de consultas foram de pacientes pediátricos (menores de 18 anos). Destes, 126,2 milhões foram pacientes atendidos pela atenção primária à saúde e 12,3 milhões (9,7%), corresponderam à doenças de pele. Os diagnósticos das dermatoses foram realizados em 68% dos pacientes por médicos de atenção primária à saúde, 21% por dermatologistas e 10% por médicos de outras especialidades. Esta análise demonstrou a relativa alta freqüência das doenças cutâneas atendidas em ambulatórios de medicina geral e reforça a importância do treinamento dos médicos de atenção primária em dermatologia (KROWCHUK, 1994).

Um estudo realizado no Ambulatório Geral de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas, constatou que de 520 pacientes pediátricos atendidos no ano de 1987, 72 (30%), apresentavam doenças cutâneas (MORCILLO, MARMO, BERNARDI *et al.*, 1989).

Um levantamento sobre a incidência de problemas de pele em crianças foi realizado, por pediatra, em Belo Horizonte. Das 1200 crianças atendidas no ano de 1952, 261 apresentavam as mais variadas dermatoses. Os problemas cutâneos mais freqüentes foram: pitíriase alba, impetigo, eczema seborréico e dermatite atópica (COSTA, 1957).

O estudo epidemiológico das dermatoses pediátricas é imprescindível para a verificação da incidência das mesmas, e, principalmente, para o planejamento de programas de atuação na área de saúde da população alvo e também na investigação, pesquisa e educação médica.

Um estudo realizado na África, num período de 10 anos, analisou 16.676 casos de doenças de pele em pacientes brancos. Destes, 3.424 eram crianças e as dermatoses mais freqüentes foram o eczema atópico, dermatite seborréica, pitíriase alba e hemangiomas (FINDLAY, 1967).

Na Universidade de Pretória, África do Sul, em 3 anos foram vistos 4.544 pacientes nativos da região com problemas cutâneos. Destes, 1.807 eram crianças e as dermatoses mais encontradas foram a escabiose, o impetigo, o prurigo por insetos, a dermatite seborréica e o eczema atópico (PARK, 1968).

Um estudo realizado em Bantu, na África, analisou 2 mil pacientes com problemas cutâneos no período de 11 meses, constatando grande frequência de eczemas, piodermites, dermatite de contato, impetigo e micoses superficiais. A sífilis afetou principalmente o sexo feminino e as crianças (DOGLIOTTI, 1970).

Em Johannesburg, na África do Sul, em 10 mil crianças, menores de 12 anos, as dermatoses mais freqüentes foram as infecções de pele, eczemas e tinhas (FINDLAY, 1974).

Estudo realizado em crianças indígenas em Oaxaca, no México, levantou a frequência das dermatoses. Foram examinadas 1.374 crianças, menores de 13 anos, durante cinco dias em campanha de vacinação. Destas, 377 (27,6%), apresentavam doenças de pele sendo as mais freqüentes a escabiose, a pitíriase alba, o impetigo e a *tinha capitis* (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973).

No município de Santos, São Paulo, foram examinados 9.414 alunos de escolas municipais. Destes 3.485 (37%), apresentavam alguma doença de pele e dentre elas: as parasitárias (14%), as micoses superficiais (6,5%) e as dermatoviroses (5,6%), (ROMITI, ALMEIDA, DINATO, 1978).

No Zâmbia, um levantamento de 11 anos em 12.610 pacientes nativos constatou que 4.267 (33,8%), eram crianças. Os diagnósticos mais freqüentes da faixa etária pediátrica foram a escabiose, as infecções cutâneas, os eczemas e as micoses (RATNAM, JAYARAJUK, 1979).

Em Ruanda, a análise de 2.819 pacientes demonstrou que as doenças cutâneas parasitárias (escabiose), as infecções de pele e as micoses (*tinha capitis*), foram as formas mais encontradas nas crianças (HECKE, BUGINGO, 1980).

Um estudo realizado no vale do rio Purus, na Amazônia, em 9.955 escolares, encontrou a pediculose, os nevos, a pitíriase versicolor e a piodermite como as doenças mais freqüentes (BECELLI, HADAAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

Em Malawi, na África, no período de um ano foram avaliados 11.305 pacientes dermatológicos, dos quais 55% eram crianças. As dermatoses mais comuns foram a escabiose, as infecções cutâneas, o eczema, a dermatite seborréica e as tinhas (LOMHOLT, 1988).

Em Mali, também na África, 1.817 crianças foram examinadas, sendo que 34% apresentavam algum tipo de dermatose. Pioderma, tinha capitis, pediculose capitis, escabiose e molusco contagioso foram as mais freqüentes (MAHE, PRUAL, KONATE *et al.*, 1995).

Na Etiópia, 112 escolares foram examinados; destes, 90 (80,4%), eram portadores de dermatose e 41(37%), de duas ou mais dermatoses. As alterações mais comuns foram a pediculose capitis, a escabiose, as infecções e a tinha capitis (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996).

Em Abha, na Arábia Saudita, foram examinados 647 adolescentes com doenças de pele. Destes, 19,8% apresentavam doenças transmissíveis como pediculose capitis, verruga vulgar e tinha pedis. A acne vulgar foi a dermatose mais freqüente (56,3%), nesta faixa etária (BAHAMDANK, MAHFOUZ, TALLAB *et al.*, 1996).

Em Bamako, Mali, na África, entre 10.575 pacientes com dermatoses, 32,9% eram menores de 15 anos, com maior incidência da escabiose, do impetigo e das micoses (MAHE, CISSE, FAYE *et al.*, 1998).

Na área rural da Tanzânia, na África, dos 800 pacientes com problemas cutâneos, 50% eram menores de 15 anos, predominando a tinha capitis, escabiose, acne e eczema (SATIMIA, MC BRIDE, LEPPARD, 1998).

Os estudos epidemiológicos realizados em serviços hospitalares são de difícil comparação com os de uma grande população. Algumas vezes ocorre que um determinado hospital é um serviço de referência e assim não é possível realizar a comparação ou extrapolação de dados para uma população. Alguns fatores podem influir no atendimento hospitalar: competência diagnóstica, facilidades de recursos diagnósticos, a forma de classificação internacional das doenças (CID), novos tratamentos disponíveis, infraestrutura hospitalar, recursos hospitalares, atendimento por especialistas, centros de referência para o tratamento de certas doenças e procura espontânea de tratamento pela comunidade, para um certo tipo de dermatose.

Os estudos de incidência das dermatoses são realizados em pequena escala, baseados em atendimento hospitalar (ROOK, WILKINSON & EBLING, 1992).

No Hospital Estadual Jesus, no Rio de Janeiro, no período de 20 meses, nas 1.161 crianças portadoras de dermatoses observadas, prevaleceram a piodermite, os eczemas, os prurigos, e a dermatite seborréica (LOWY, 1964).

No Departamento de Alergia do Hospital Infantil do México, na Cidade do México, foram vistas, no período de um ano, 68.797 crianças. Destas, 1.064 apresentaram doenças de pele, principalmente prurigo por insetos, dermatite atópica, urticária e impetigo (GÓMEZ-OROZCO, 1968).

Um estudo multicêntrico ambulatorial e hospitalar, na África do Sul, analisou 10 mil crianças com doenças de pele num período de 12 anos. As dermatoses mais encontradas foram o impetigo, os eczemas e a tinea capitis (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974).

Levantamento epidemiológico realizado no ambulatório de dermatologia do Serviço de Dermatologia e Alergia do Hospital da Criança (IMAN) na cidade do México, de janeiro de 1971 a janeiro de 1975, avaliou 100 mil crianças entre 0 a 18 anos. Os portadores de doenças de pele corresponderam a 10,4% dos pacientes pediátricos. Nesse estudo foram estabelecidas as dermatoses mais freqüentes para a idade pediátrica, agrupadas, segundo a etiologia, em parasitárias, reacionais, virais e bacterianas. As 10 dermatoses mais freqüentes foram: prurigo por insetos, dermatite atópica, escabiose, verrugas virais, impetigo, pitíriase alba, vitiligo, acne, tinas e eczema numular. As 20 dermatoses mais freqüentes representaram 85,5% das consultas ambulatoriais pediátricas, percentagem semelhante a das outras cidades do México e também de outros países. Os autores concluíram que a epidemiologia das doenças de pele em pacientes pediátricos é praticamente desconhecida e que este estudo proporcionou bases confiáveis para que, através do conhecimento de sua epidemiologia, possam ser estabelecidas prioridades na assistência, ensino, e investigações em dermatologia pediátrica. Se o pediatra ou o clínico geral souber diagnosticar e tratar as 20 dermatoses mais freqüentes, eles poderão resolver 85,5% dos problemas dermatológicos em crianças. (RUIZ-MALDONADO, SÁNCHEZ, VELÁZQUEZ, 1977).

No Centro de Cuidados Primários da Universidade da Virgínia, em Charlottesville, nos Estados Unidos, no ano de 1983, foi realizado estudo sobre a freqüência de doenças de pele na Clínica Pediátrica Geral. Dos 1.547 pacientes analisados, 21% tinham problemas de pele como queixa principal ou por achados de exame clínico. Os diagnósticos mais freqüentes foram: infecções de pele, dermatite da área de fraldas e dermatite atópica (HAYDEN, 1985).

Um estudo epidemiológico retrospectivo de 2 anos do “National Skin Center” em Cingapura, levantou 9.273 crianças. Nestas com maior frequência apareceram o eczema atópico, as infecções virais, as infecções bacterianas e o prurigo por insetos (GOH, AKARAPANTH, 1994).

No Hospital Infantil Darcy Vargas, de São Paulo- SP, no período de 2 anos, foram realizadas 4.586 consultas dermatológicas em crianças. As dermatoses mais encontradas foram a escabiose, a dermatite atópica e a pitíriase alba (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996).

Esses achados epidemiológicos mostram ser importantes no auxílio e no planejamento de serviços de atendimento à saúde, bem como na abordagem da orientação de alunos e residentes de pediatria.

As doenças dermatológicas abrangem aspectos médicos, sociais e psicológicos importantes, além dos curativos, de investigação e prevenção de doenças comuns à outras especialidades (MASAWE, SAMITZ, 1976).

O organismo da criança tem características próprias e a dermatologia demonstra claramente as diferenças entre criança e adulto. Por isso, a dermatologia pediátrica pode se constituir em uma especialidade pediátrica (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1989).

A pele da criança, e principalmente do lactente, é fina, suave e sensível à negligência e até ao cuidado excessivo, porque ambos podem igualmente alterar a sua integridade. Nesta idade ainda há imaturidade imunológica, com menor resistência à infecções e intensa variabilidade nas reações de dessensibilização. As reações por agentes externos podem ser mais complicadas e graves. Assim, o modo de início, evolução, diagnóstico, prognóstico e manejo das doenças de pele em crianças diferem daqueles dos adultos (RODRIGUEZ, 1968).

Nas crianças é importante o diagnóstico correto das dermatoses, para reduzir os exames de investigação, principalmente os invasivos, e tratamentos desnecessários. Na criança, o diagnóstico precoce e preciso é de fundamental importância, pois a doença pode envolver outros órgãos além da pele (HOGAN, 1995).

Muitas enfermidades crônicas do adulto têm início na infância. Estas, se adequadamente diagnosticadas e orientadas, evitarão complicações e seqüelas futuras, muitas vezes irreversíveis (RODRIGUEZ, 1968).

Inúmeras doenças de pele são específicas das diversas faixas etárias pediátricas pois a criança é um ser em desenvolvimento. Por exemplo, no período neonatal podem ocorrer o eritema toxicum neonatorum, a melanose pustulosa neonatal transitória, a acne e a sífilis congênita neonatal. No lactente, a dermatite da área de fralda e o eczema seborréico. No período pré-escolar e escolar, o molusco contagioso e as tinhas e na adolescência, a acne juvenil. Além das doenças características de cada faixa etária, muitas outras semelhantes a dos adultos possuem localização, sintomatologia e evolução diferente na criança; por exemplo: dermatite atópica, escabiose, herpes zoster e lúpus neonatal (HURWITZ, 1993).

Sendo a pele um dos órgãos mais extensos e visíveis do corpo humano, suas afecções são mais facilmente notadas e algumas supervalorizadas pelos pais. Outras vezes, dependendo do nível sócio-cultural, são relegadas a um segundo plano, como sendo “menos importantes” no contexto da saúde. Desta maneira as dermatoses são detectadas pelo pediatra ou dermatologista pediatra, no momento da consulta.

A percepção pela criança da sua doença de pele, reflete a visão dos seus pais e também a da comunidade (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996).

O conhecimento da história natural das doenças permite aos dermatopediatras responder a perguntas dos pais ou responsáveis, diminuindo sua ansiedade. A doença permanecerá estacionária? Piorará com a idade ou com a puberdade? Desaparecerá com o desenvolvimento? Qual a melhor idade para tratamento? Trará conseqüências na vida adulta? Outro filho poderá ter doença semelhante? Terá repercussão na saúde? (RODRIGUEZ, 1968).

O exame da pele é essencial durante a consulta pediátrica; assim, é necessário o ensino de princípios básicos em dermatologia pediátrica ao médico, durante e após a residência médica (HAYDEN, 1985).

Uma análise comparativa do atendimento de crianças com doenças de pele, por pediatras e por dermatólogos, demonstrou que se deve dar maior ênfase no treinamento em dermatologia na criança aos médicos pediatras (TUNNESSEN, 1984).

Um estudo elaborado para avaliar os conhecimentos dos pediatras em dermatologia pediátrica demonstrou que há deficiência e necessidade de educação médica continuada nesta área. O diagnóstico e tratamento das doenças dermatológicas e das manifestações na pele das doenças sistêmicas, são parte vital no treinamento da residência médica. A participação de dermatólogos pediatras nas equipes de muitos Centros Médicos e a criação recente da área de Dermatologia Pediátrica na “American Academy of Pediatrics” reflete a importância da formação nesta área (PROSE, 1988).

Muitos serviços de pediatria e de dermatologia já apresentam atendimento especializado em Dermatologia Pediátrica (SAXE, 1995). Com efeito, é de grande importância a formação de profissionais e de serviços especializados nesta área do conhecimento (DEVER, 1988).

No Brasil, poucos são os estudos epidemiológicos em Dermatologia Pediátrica. No Estado do Paraná não há estudos epidemiológicos ou de base populacional nesta especialidade. Existe uma grande dificuldade na realização e aplicação de métodos de comparação para estes estudos, pelas diferentes características presentes no território brasileiro, como: raça, clima, geografia e incidência das dermatoses.

O presente estudo foi realizado pela necessidade de se conhecer a realidade da Dermatologia Pediátrica pertinente ao Hospital de Clínicas da UFPR, e da necessidade de se caracterizar o paciente atendido no ambulatório. Sendo a dermatologia pediátrica um serviço de referência em um hospital de terceiro nível, a frequência das dermatoses podem ser diferentes das encontradas a nível populacional.

O estudo epidemiológico visa avaliar o serviço e traçar metas de organização, mesmo que não seja estruturado em base populacional. É predito também para influir nos serviços de saúde, podendo alterar a frequência e a distribuição de seus problemas e melhorar a qualidade de vida da população (DEVER, 1988).

2 JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

Há a necessidade de se conhecer o perfil do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), fazendo-se uso da frequência das dermatoses e das características dos pacientes com doenças de pele. Esta proposta de estudo está fundamentada no fato do referido serviço ter, no período de 19 anos, apresentado considerável crescimento na demanda de consultas.

Estudos epidemiológicos na área de Dermatologia Pediátrica que permitam caracterizar as doenças dermatológicas na infância, para a comparação da ocorrência e comportamento das mesmas, são escassos e quando realizados favorecem o planejamento e a organização de serviços, bem como a orientação e formação de profissionais.

OBJETIVOS

GERAIS:

1. Caracterizar o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HC da UFPR, no período de 1979 a 1996 (19 anos)
2. Levantar as dermatoses mais frequentes na faixa etária pediátrica
3. Descrever as mudanças ocorridas no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica, baseadas no perfil das doenças de pele
4. Salientar a importância do ensino da Dermatologia Pediátrica na graduação médica e na residência de pediatria

ESPECÍFICOS:

1. Determinar o número de pacientes atendidos (volume de atendimento)
2. Descrever o perfil dos pacientes atendidos (sexo, cor, idade, procedência)
3. Avaliar a frequência dos diagnósticos identificados no Ambulatório
4. Caracterizar as 15 dermatoses mais frequentes e influenciadas pela sazonalidade, características geográficas e demográficas
5. Comparar as 15 dermatoses encontradas com aquelas relacionadas como mais frequentes na literatura
6. Analisar a mudança no perfil das doenças de pele mais frequentes atendidas no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica, no período de 19 anos

3 POPULAÇÃO E MÉTODOS

3.1 MÉTODO CIENTÍFICO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Este estudo foi realizado no Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, de todos os casos de crianças atendidas com doenças de pele, em 1^a consulta, no ambulatório do Serviço de Dermatologia Pediátrica, no período de 1978 a 1996.

3.2 COLETA DE DADOS

O estudo foi desenvolvido a partir de um banco de dados pré-existent, obtidos para apresentação no Departamento de Pediatria, sobre os atendimentos pediátricos no ambulatório de Dermatologia Pediátrica, nos períodos de 1978 a 1993 e 1995 (TANIGUSHI-AULA, 1995). Os dados foram revistos e complementados com as informações de cor e procedência de todos os pacientes. Foram também incluídos os dados de pacientes atendidos nos anos de 1994 e 1996. Para esta finalidade utilizou-se a base de dados do Sistema de Informações do Hospital de Clínicas da UFPR (SIH), e a duração desta etapa foi de 8 meses. Os dados faltantes foram então pesquisados em livros de anotações do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica e busca ativa nos prontuários dos pacientes, por um período de 13 meses. Numa etapa final, os registros omissos foram novamente pesquisados numa segunda revisão dos prontuários. (ANEXO 1, QUADRO A1).

Alguns pacientes foram excluídos do trabalho pelos seguintes motivos: o registro do hospital não conferia com o nome do paciente, prontuário inexistente no arquivo e prontuários com anotações incompletas.

As variáveis selecionadas para o presente estudo foram:

1. Nome completo do paciente
2. Número do registro para a identificação do paciente
3. Diagnósticos de 1ª consulta, correlacionados com a Classificação Internacional de Doenças - 10 (ANEXO 4)
4. Sexo
5. Cor. Os pacientes foram também classificados em: amarelo, branco, pardo e preto, de acordo com o critério usado nas fichas dos pacientes do Hospital de Clínicas da UFPR, que é coincidente com os critérios de classificação de cor da população brasileira, pelo IBGE
6. Idade, em meses, do paciente na consulta (ocasião do diagnóstico), classificada em neonatos: de 0 a menores de 1 mês, lactente: de 1 mês e 1 dia a 18 meses (ou 1 mês e 1 dia a 1 ano e 6 meses), pré-escolar: de 18 meses e 1 dia a 60 meses (ou de 1 ano e 6 meses e 1 dia a 5 anos), escolar: de 60 meses e 1 dia a 144 meses (ou de 5 anos e 1 dia a 12 anos) e puberal: de 144 meses e 1 dia a 192 meses ou mais (ou 12 anos e 1 dia a 16 anos ou mais). Tal classificação foi modificada da divisão etária do período de crescimento e desenvolvimento usada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MARCONDES, 1978). Quando a variável idade, na ocasião do diagnóstico, não estava registrada, calculou-se a idade aproximada em meses, utilizando-se a data do nascimento, mês e ano da consulta.

A idade na consulta, ou no 1º diagnóstico (fonte MARCONDES, 1978), foi relacionada com as primeiras 5 dermatoses mais frequentes para cada faixa etária.

A idade do paciente, na consulta, foi também relacionada ao sexo
7. Idade em meses do paciente na época do aparecimento da doença
8. Procedência do paciente (Curitiba, Região Metropolitana de Curitiba, outros municípios do Paraná, outros estados e outros países)
9. Mês e ano da consulta

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos 140 pacientes de acordo com os seguintes critérios:

- Pacientes sem registro hospitalar
- Pacientes cujos prontuários eram inexistentes e sem possibilidade de resgate dos dados informatizados (incluindo os prontuários inativados e incinerados)
- As consultas subsequentes de pacientes com diagnósticos de doenças crônicas
- As reconsultas no serviço.
- Pedidos de consulta de pacientes internados na pediatria e crianças de outras especialidades.

3.4 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Foi realizado um levantamento histórico no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica com entrevista, por questionário, com a Dra. Leide Parolin Marinoni, médica e professora do Departamento de Pediatria, uma das pioneiras da especialidade no Brasil. O ambulatório da especialidade foi iniciado e supervisionado por ela durante os 19 anos, matéria deste estudo (ANEXO 8).

A Dermatologia Pediátrica é uma disciplina do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da UFPR. Em seu ambulatório presta atendimento às crianças com problemas de pele incluindo todo o Departamento de Pediatria e outras sub-especialidades pediátricas: pneumologia e imunologia, hematologia, neurologia, endocrinologia, gastroenterologia, cardiologia, neonatologia, genética, infectologia, puericultura, crianças internadas nas especialidades, na pediatria geral, médio risco, unidade de terapia intensiva pediátrica, emergência pediátrica, neonatologia, alojamento conjunto e cuidados intensivos neonatais. A unidade avalia também os pacientes do pronto-atendimento pediátrico. Outras especialidades como cirurgia pediátrica, e os pacientes pediátricos da neurocirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, e ortopedia solicitam interconsultas para a avaliação de problemas de pele pelo Serviço de Dermatologia Pediátrica.

A Dermatologia Pediátrica mantém intercâmbio com a disciplina de dermatologia da Clínica Médica e de Serviços de Anatomia Patológica (Dermatopatologia), onde são discutidas as biópsias cutâneas da sub-especialidade, micologia, bacteriologia, radiologia, laboratório de bioquímica e hematologia.

O ambulatório da sub-especialidade de Dermatologia Pediátrica atende pacientes novos encaminhados por pediatras e especialidades, aqueles previamente avaliados no pronto-atendimento e pacientes encaminhados dos postos de saúde do Sistema Único de Saúde, por outros profissionais médicos da capital e do interior do Estado do Paraná, bem como de outros Estados.

O espaço físico do ambulatório conta com 6 salas, iluminadas por luz ambiental ou natural, com 1 a 2 mesas de exame, 2 armários com material dermatológico (cureta dermatológica, dermatoscópio, lupas, garrafa para crioterapia, gases, luvas, material para pequenas cirurgias e sacabocados). Atuam no ambulatório 2 secretários, 1 enfermeira e os médicos da especialidade.

3.5 INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS

Todos os dados coletados foram informatizados utilizando-se planilha eletrônica (EXCEL)

3.6 ANÁLISES

Foram analisados a frequência das doenças de pele em crianças, o número de pacientes atendidos e suas características, no período de 1978 a 1996. O total dos pacientes de cada ano foi analisado de forma independente e agrupado por períodos (os 16 primeiros anos em 4 períodos e os 3 últimos em 1 período). Todos os diagnósticos foram classificados em grandes grupos de dermatoses em medicina geral (FITZPATRICK, 1988), (ANEXO 2, QUADRO A2), (ANEXO 3, QUADRO A3)

As 15 doenças de pele mais frequentes foram analisadas segundo os dados coletados.

3.7 ESTATÍSTICA

Recorreu-se à análise estatística dos dados com formação de tabelas, quadros e gráficos.

Para as dermatoses mais freqüentes, utilizou-se o teste não paramétrico do “Qui-Quadrado”, para o caso de uma amostra.

O nível de significância (ou probabilidade de significância) mínimo adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 GERAIS

4.1.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

No período de tempo, matéria deste estudo (de 1978 a 1996), foi registrado um total de 10.129 diagnósticos. Contudo, com a aplicação dos critérios de exclusão, 140 diagnósticos (1,4%) foram retirados deste estudo (TABELA 1).

TABELA 1 - NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS LEVANTADOS E EXCLUSÕES⁽¹⁾ NO PERÍODO DE 1 978 A 1996

PERÍODO	NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS	EXCLUSÕES	
		Número	Percentual
1978	15	-	-
1979	70	-	-
1980	43	-	-
1981	36	-	-
• Sub-total	164	-	-
1982	47	-	-
1983	392	58	14,8
1984	421	12	2,9
1985	631	01	0,2
• Sub-total	1 491	71	4,8
1986	517	01	0,2
1987	461	02	0,4
1988	666	08	1,2
1989	848	03	0,4
• Sub-total	2 492	14	0,6
1990	795	03	0,4
1991	822	03	0,4
1992	704	11	1,6
1993	612	02	0,3
• Sub-total	2 933	19	0,6
1994	955	07	0,7
1995	1 000	15	1,5
1996	1 094	14	1,3
• Sub-total	3 049	36	1,2
TOTAL GERAL	10 129	140	1,4

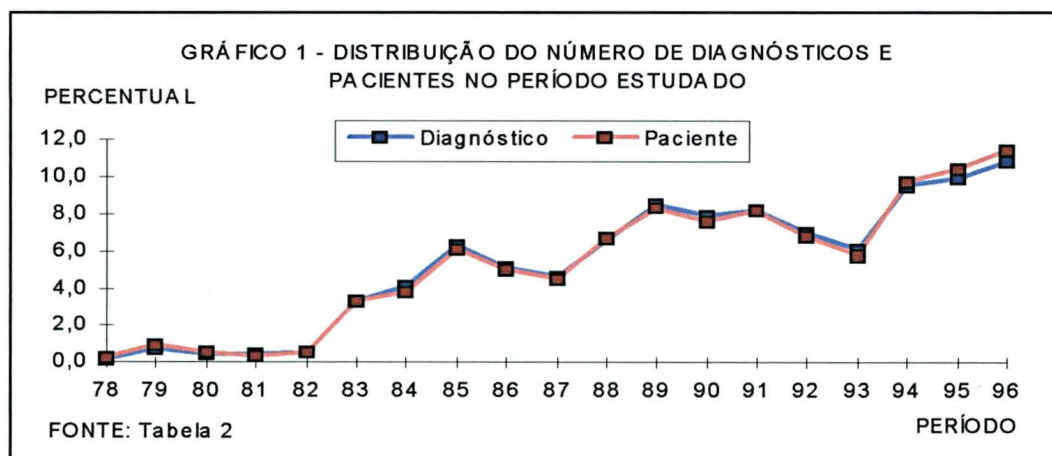
(1) Excluídos todos os casos onde ocorreram duplicidade de diagnóstico no mesmo mês e mesmo ano, e os casos que não apresentaram número de registro, prontuários inexistentes, consultas subseqüentes de pacientes com diagnóstico de doenças crônicas.

A distribuição dos 9.989 diagnósticos e 7.561 pacientes, para uma análise evolutiva do ambulatório nos 19 anos, foi dividida em períodos acumulados (5 grupos). De 1978 a 1981, de 1982 a 1985, de 1986 a 1989, de 1990 a 1993 e de 1994 a 1996. O número de pacientes e o número de diagnósticos apresentaram crescimento de 16,1 e 18,3 vezes, respectivamente, do 1º ao último ano nos 19 anos. No 1º período, o número de diagnósticos aumentou de 8,6 vezes e o número de pacientes 6,9 vezes. No 2º período foram registrados crescimentos de 1,7 vezes para o número de diagnósticos e de 1,7 vezes para número de pacientes. No 3º período o número de diagnósticos

teve crescimento de 1,1 vezes e o de pacientes de 1,1 vezes. Finalmente no 4º período, o número de diagnósticos registrou aumento de 1 vez e o número de pacientes aumentou 1,1 vezes (TABELA 2). A relação diagnóstico/paciente foi de 1,3 dando idéia de que aproximadamente 32% dos pacientes apresentaram mais de 1 diagnóstico nos 19 anos. A relação número de diagnósticos/número de pacientes foi de 1,1 no 1º período acumulado, e nos demais ficou entre 1,3 e 1,4 (GRÁFICO 1).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS E PACIENTES NO PERÍODO DE 1 978 A 1 996

PERÍODO	DIAGNÓSTICOS		PACIENTES		RELAÇÃO (Diag/Pac)
	Número	%	Número	%	
1 978	15	0,1	15	0,2	1,0
1 979	70	0,7	67	0,9	1,0
1 980	43	0,4	37	0,5	1,2
1 981	36	0,4	29	0,3	1,2
• Sub-total	164	1,6	148	1,9	1,1
1 982	47	0,5	38	0,5	1,2
1 983	334	3,3	250	3,3	1,3
1 984	409	4,1	288	3,8	1,4
1 985	630	6,3	458	6,1	1,4
• Sub-total	1 420	14,2	1 034	13,7	1,4
1 986	516	5,1	380	5,0	1,4
1 987	459	4,6	337	4,5	1,4
1 988	658	6,6	504	6,7	1,3
1 989	845	8,5	629	8,3	1,3
• Sub-total	2 478	24,8	1 850	24,5	1,3
1 990	792	7,9	577	7,6	1,4
1 991	819	8,2	616	8,2	1,3
1 992	693	7,0	512	6,8	1,4
1 993	610	6,1	442	5,8	1,4
• Sub-total	2 914	29,2	2 147	28,4	1,4
1 994	948	9,5	731	9,7	1,3
1 995	985	9,9	788	10,4	1,2
1 996	1 080	10,8	863	11,4	1,2
• Sub-total	3 013	30,2	2 382	31,5	1,3
TOTAL GERAL	9 989	100,0	7 561	100,0	1,3



4.1.2 SEXO

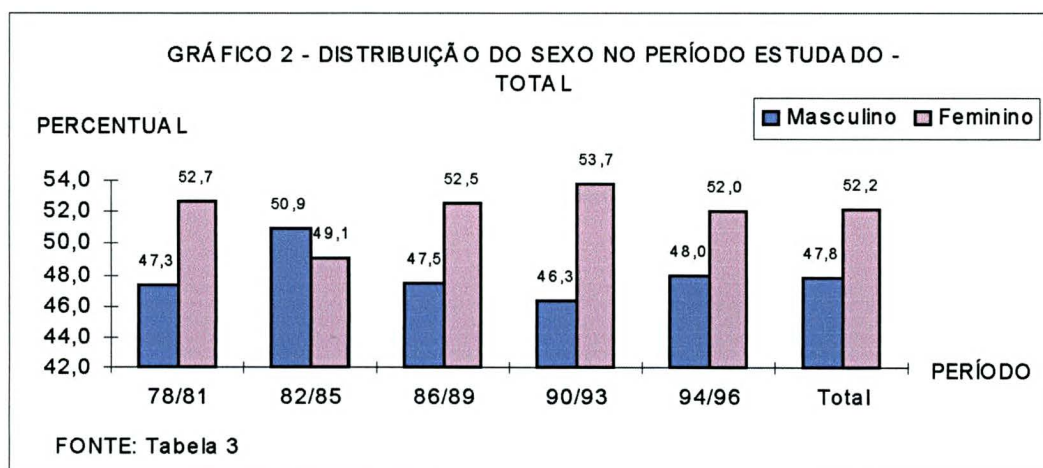
Nos 7561 pacientes estudados, houve predomínio do sexo feminino com 3.948 casos e frequência de 52,2% ($p < 0,001$) (TABELA 3), em relação ao masculino com 3.609 casos e frequência de 47,8%. Apesar da relação ser de 1,1:1, a diferença foi estatisticamente significativa. Houve 4 casos (0,1%) onde o registro do dado sexo não foi encontrado. Nos anos acumulados houve predomínio do sexo feminino com exceção do período 82/85 onde predominou o sexo masculino, sem significância estatística (GRÁFICO 2).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO SEXO, POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO - TOTAL

PERÍODO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL					
					Sub-Total		Não Relatado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 978	07	46,7	08	53,3	15	100,0	-	-	15	0,2
1 979	36	53,7	31	46,3	67	100,0	-	-	67	0,9
1 980	13	35,1	24	64,9	37	100,0	-	-	37	0,5
1 981	14	48,3	15	51,7	29	100,0	-	-	29	0,3
• Sub-total	70	47,3	78	52,7	148	100,0	-	-	148	1,9
1 982	19	50,0	19	50,0	38	100,0	-	-	38	0,5
1 983	128	51,2	122	48,8	250	100,0	-	-	250	3,3
1 984	134	46,5	154	53,5	288	100,0	-	-	288	3,8
1 985	245	53,5	213	46,5	458	100,0	-	-	458	6,1
• Sub-total	526	50,9	508	49,1	1 034	100,0	-	-	1 034	13,7
1 986	188	49,5	192	50,5	380	100,0	-	-	380	5,0
1 987	147	43,6	190	56,4	337	100,0	-	-	337	4,5
1 988	246	48,9	257	51,1	503	99,8	01	0,2	504	6,7
1 989	297	47,2	332	52,8	629	100,0	-	-	629	8,3
• Sub-total	878	47,5	971	52,5	1 849	100,0	01	0,0	1 850	24,5
1 990	275	47,7	302	52,3	577	100,0	-	-	577	7,6
1 991	287	46,6	329	53,4	616	100,0	-	-	616	8,2
1 992	222	43,4	289	56,6	511	99,8	01	0,2	512	6,8
1 993	209	47,3	233	52,7	442	100,0	-	-	442	5,8
• Sub-total	993	46,3	1 153	53,7	2 147	99,9	01	0,1	2 147	28,4
1 994	362	49,5	369	50,5	731	100,0	-	-	731	9,7
1 995	378	48,0	409	52,0	787	99,9	01	0,1	788	10,4
1 996	402	46,6	460	53,4	862	99,9	01	0,1	863	11,4
• Sub-total	1 142	48,0	1 238	52,0	2 380	99,9	02	0,1	2 382	31,5
TOTAL GERAL	3 609	47,8	3 948	52,2	7 557	99,9	04	0,1	7 561	100,0

$\chi^2_{\text{calc}} = 15,207$; $\chi^2_{\text{tab}} = 10,83$; $p < 0,001$; Significativo.

Período 82 / 85: $\chi^2_{\text{calc}} = 0,313$; $\chi^2_{\text{tab}} = 3,84$; $p > 0,05$; Não Significativo.



4.1.3 COR

Neste estudo os pacientes foram também classificados segundo a cor da pele, a saber, amarela, branca, parda e preta, de acordo com a classificação do IBGE. No período estudado o predomínio foi a cor branca com 6391 casos e frequência de 93,3% ($p < 0,001$) (TABELA 4). Houve aumento do percentual de pacientes brancos no período acumulado de 1978 a 1996. A cor parda predominou em segundo lugar com 323 pacientes (4,7%). Os maiores números de casos com indivíduos pardos ocorreram entre os anos de 1986 a 1989 (7%) e 1990 a 1993 (4,5%). Seguiu-se a cor preta com 112 (1,6%) e a amarela com 23 casos (0,4%). Foram 712 (9,4%), os casos onde o dado cor não foi encontrado. No 1º período acumulado o dado cor não estava presente em 62,2% dos prontuários, contudo, nos registros dos últimos períodos e nos últimos 3 anos, apenas 4,0% dos casos não mostravam este dado (TABELA 4).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA COR, POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO - TOTAL

PERÍODO	AMARELA		BRANCA		PARDA		PRETA		TOTAL					
									Sub-Total		Não Relatado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1978	-	-	05	100,0	-	-	-	-	05	33,3	10	66,7	15	0,2
1979	-	-	24	92,3	-	-	02	7,7	26	38,8	41	61,2	67	0,9
1980	-	-	11	84,6	02	15,4	-	-	13	35,1	24	64,9	37	0,5
1981	-	-	11	91,7	01	8,3	-	-	12	41,4	17	58,6	29	0,3
• Sub-total	-	-	51	91,1	03	5,3	02	3,6	56	37,8	92	62,2	148	1,9
1982	02	6,9	24	82,8	02	6,9	01	3,4	29	76,3	09	23,7	38	0,5
1983	-	-	180	92,8	02	1,0	12	6,2	194	77,6	56	22,4	250	3,3
1984	01	0,5	189	90,0	08	3,8	12	5,7	210	72,9	78	27,1	288	3,8
1985	-	-	374	92,3	23	5,7	08	2,0	405	88,4	53	11,6	458	6,1
• Sub-total	03	0,4	767	91,5	35	4,2	33	3,9	838	81,0	196	19,0	1 034	13,7
1986	-	-	284	92,2	21	6,8	03	1,0	308	81,1	72	18,9	380	5,0
1987	-	-	237	93,7	14	5,5	02	0,8	253	75,1	84	24,9	337	4,5
1988	03	0,6	433	92,1	29	6,2	05	1,1	470	93,3	34	6,7	504	6,7
1989	03	0,5	514	88,8	49	8,5	13	2,2	579	92,1	50	7,9	629	8,3
• Sub-total	06	0,4	1 468	91,2	113	7,0	23	1,4	1 610	87,0	240	13,0	1 850	24,5
1990	02	0,4	512	92,1	34	6,1	08	1,4	556	96,4	21	3,6	577	7,6
1991	-	-	550	94,2	25	4,3	09	1,5	584	94,8	32	5,2	616	8,2
1992	01	0,2	474	95,8	18	3,6	02	0,4	495	96,7	17	3,3	512	6,8
1993	02	0,5	402	94,8	15	3,5	05	1,2	424	95,9	18	4,1	442	5,8
• Sub-total	05	0,2	1 938	94,1	92	4,5	24	1,2	2 059	95,9	88	4,1	2 147	28,4
1994	02	0,3	655	94,4	33	4,7	04	0,6	694	94,9	37	5,1	731	9,7
1995	03	0,4	710	93,8	30	4,0	14	1,8	757	96,1	31	3,9	788	10,4
1996	04	0,5	802	96,1	17	2,0	12	1,4	835	96,8	28	3,2	863	11,4
• Sub-total	09	0,4	2 167	94,8	80	3,5	30	1,3	2 286	96,0	96	4,0	2 382	31,5
TOTAL GERAL	23	0,4	6 391	93,3	323	4,7	112	1,6	6 849	90,6	712	9,4	7 561	100,0

$\chi^2_{\text{calc}} = 17\,074,074$; $\chi^2_{\text{tab}} = 16,27$; $p < 0,001$; Significativo.

4.1.4 IDADE NA CONSULTA

A faixa etária do paciente que predominou na primeira consulta foi a escolar com 2.837 casos, com frequência de 39,8% ($p < 0,001$) (TABELA 5). Seguiram-se a pré-escolar com 2.108 casos (29,5%), lactentes com 1.672 (23,4%), puberal com 468 (6,6%) e neonatal com 50 casos (0,7%). No período acumulado de 1982 a 1985 houve uma inversão no 2º lugar, onde o número de lactentes foi maior que o de pré-escolares. No período de 1978 a 1996, em 426 casos (5,6%), este dado não foi relatado (GRÁFICO 3).

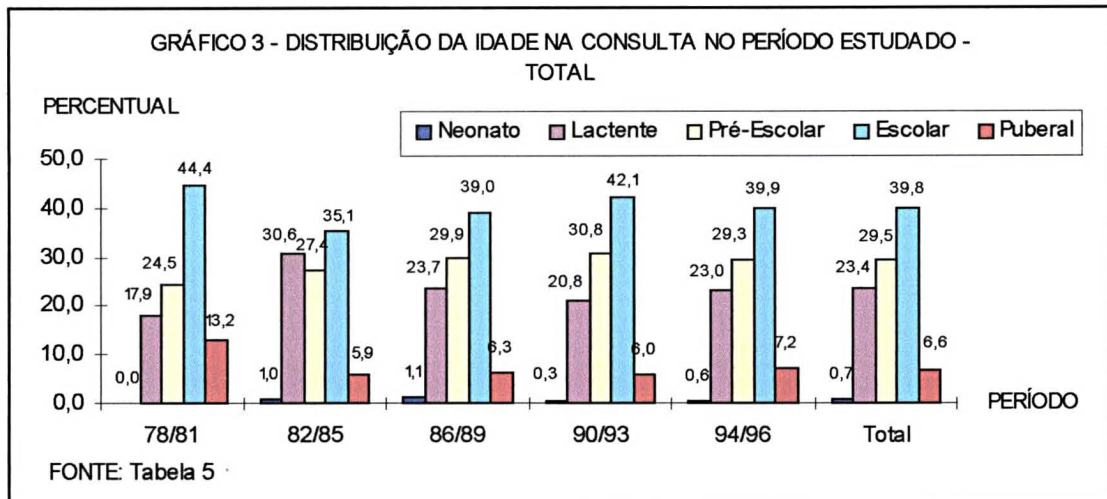


TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA IDADE NA CONSULTA, POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO - TOTAL

PERÍODO	NEONATO		LACTENTE		PRÉ-ESCOLAR		ESCOLAR		PUBERAL		TOTAL					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Sub-Total		Não Relatado		Total	
1978	-	-	01	10,0	03	30,0	04	40,0	02	20,0	10	66,7	05	33,3	15	0,2
1979	-	-	03	6,2	11	22,9	26	54,2	08	16,7	48	71,6	19	28,4	67	0,9
1980	-	-	06	23,1	06	23,1	12	46,1	02	7,7	26	70,3	11	29,7	37	0,5
1981	-	-	09	40,9	06	27,3	05	22,7	02	9,1	22	75,9	07	24,1	29	0,3
• Sub-total	-	-	19	17,9	26	24,5	47	44,4	14	13,2	106	71,6	42	28,4	148	1,9
1982	-	-	15	48,4	05	16,1	09	29,0	02	6,5	31	81,6	07	18,4	38	0,5
1983	01	0,5	76	38,0	46	23,0	56	28,0	21	10,5	200	80,0	50	20,0	250	3,3
1984	02	0,8	73	29,1	81	32,3	82	32,6	13	5,2	251	87,2	37	12,8	288	3,8
1985	06	1,4	115	26,7	118	27,5	173	40,2	18	4,2	430	93,9	28	6,1	458	6,1
• Sub-total	09	1,0	279	30,6	250	27,4	320	35,1	54	5,9	912	88,2	122	11,8	1034	13,7
1986	05	1,4	79	22,3	108	30,5	141	39,8	21	6,0	354	93,2	26	6,8	380	5,0
1987	05	1,6	81	25,4	85	26,6	130	40,8	18	5,6	319	94,7	18	5,3	337	4,5
1988	02	0,4	105	21,9	166	34,6	174	36,2	33	6,9	480	95,2	24	4,8	504	6,7
1989	08	1,3	152	25,1	166	27,4	241	39,9	38	6,3	605	96,2	24	3,8	629	8,3
• Sub-total	20	1,1	417	23,7	525	29,9	686	39,0	110	6,3	1758	95,0	92	5,0	1850	24,5
1990	03	0,5	122	21,9	173	31,1	231	41,5	28	5,0	557	96,5	20	3,5	577	7,6
1991	03	0,5	121	20,8	166	28,5	245	42,0	48	8,2	583	94,6	33	5,4	616	8,2
1992	01	0,2	104	20,9	161	32,3	207	41,6	25	5,0	498	97,3	14	2,7	512	6,8
1993	-	-	82	19,3	134	31,6	185	43,6	23	5,4	424	95,9	18	4,1	442	5,8
• Sub-total	07	0,3	429	20,8	634	30,8	868	42,1	124	6,0	2062	96,0	85	4,0	2147	28,4
1994	05	0,7	146	21,3	186	27,1	286	41,6	64	9,3	687	94,0	44	6,0	731	9,7
1995	04	0,5	189	24,8	243	31,9	282	37,1	43	5,7	761	96,6	27	3,4	788	10,4
1996	05	0,6	193	22,7	244	28,7	348	41,0	59	7,0	849	98,4	14	1,6	863	11,4
• Sub-total	14	0,6	528	23,0	673	29,3	916	39,9	166	7,2	2297	96,4	85	3,6	2382	31,5
TOTAL GERAL	50	0,7	1672	23,4	2108	29,5	2837	39,8	468	6,6	7135	94,4	426	5,6	7561	100,0

$\chi^2_{\text{calc}} = 3733,494$; $\chi^2_{\text{tab}} = 18,46$; $p < 0,001$; Significativo.

A distribuição por faixa etária permitiu a caracterização das 5 dermatoses mais freqüentes em cada grupo etário. Na faixa etária neonatal, a Dermatite Seborreica (DS) ficou em 1º lugar com 9 casos (40,9%), o Hemangioma (H) em 2º lugar com 4 casos (18,2%), 3º a Tinha corporis com 3 casos (13,7%), em 4º a Epidermólise bolhosa com 3 casos (13,6%) e a Dermatite da área de fralda com 3 casos (13,6%). Na faixa de lactentes, as dermatoses ficaram assim distribuídas: Dermatite Atópica (DA): 217 casos (24,2%), H: 213 casos (23,8%), DS: 186 casos (20,7%), Escabiose (E): 152 casos (17,0%) e Prurigo Estrófulo (PE) 128 casos (14,3%). Nos pré-escolares: a DA com 324 (41,4%), PE com 161 (20,6%), Ceratose Pilar (CP) com 122 (15,6%), Tinha Capitis (TC) com 104 (13,3%) e Pitíriase Alba (PA) com 72 casos (9,1%). Escolares: DA com 329 (33%), Verrugas (VV) com 242 (24,3%), CP com 181 (18,2%), Psoríase (P) com 128 (12,8%), e Dermatite de Contato (DC) com 117 casos (11,7%). Na puberal: VV com 42 casos (25,3%), DA com 36 (21,7%), DC com 35 (21,1%), Acne com 33 (19,9%) e CP com 20 casos, com freqüência de 12% (TABELA 6).

TABELA 6 - CORRELAÇÃO ENTRE IDADE NA CONSULTA E OS CINCO PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS - TOTAL

IDADE NA CONSULTA / DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PERCENTUAL
NEONATO (n = 50)	22	44,0
1) Dermatite seborreica	09	40,9
2) Hemangioma	04	18,2
3) Tinea corporis	03	13,7
4) Epidermólise bolhosa	03	13,6
5) Dermatite da área de fralda	03	13,6
LACTENTE (n = 1 672)	896	53,6
1) Dermatite atópica	217	24,2
2) Hemangioma	213	23,8
3) Dermatite seborreica	186	20,7
4) Escabiose	152	17,0
5) Prurigo estrófulo	128	14,3
PRÉ-ESCOLAR (n = 2 108)	783	37,1
1) Dermatite atópica	324	41,4
2) Prurigo estrófulo	161	20,6
3) Ceratose pilar	122	15,6
4) Tinea capitis	104	13,3
5) Pitíriase alba	72	9,1
ESCOLAR (n = 2 837)	997	35,1
1) Dermatite atópica	329	33,0
2) Verrugas	242	24,3
3) Ceratose pilar	181	18,2
4) Psoríase	128	12,8
5) Dermatite de contato	117	11,7
PUBERAL (n = 468)	166	35,5
1) Verrugas	42	25,3
2) Dermatite atópica	36	21,7
3) Dermatite de contato	35	21,1
4) Acne	33	19,9
5) Ceratose pilar	20	12,0

Em relação à idade e sexo do paciente submetido a consulta, nosso estudo constatou a seguinte distribuição: neonatal: 29 casos (0,8%) do sexo feminino e 21 (0,6%) do masculino; lactente: 857 casos (25,1%) do sexo masculino e 812 (21,8%) do feminino; pré-escolar: 1.057 (31,0%) masculinos e 1.051 (28,2%) femininos; escolar: 1.559 (41,9%) femininos e 1.278 (37,5%) masculinos e puberal: 270 (7,3%) femininos e 198 (5,8%) masculinos. Nas faixas etárias neonatal, escolar e puberal predominou o sexo feminino, na lactente o masculino e na pré-escolar quase igualou o número de pacientes femininos e masculinos.(TABELA 7).

TABELA 7 - CORRELAÇÃO ENTRE SEXO E IDADE NA CONSULTA - TOTAL

IDADE NA CONSULTA	MASCULINO		FEMININO		NÃO RELATADO	TOTAL
	Nº	%	Nº	%		
Neonato	21	0,6	29	0,8	-	50
Lactente	857	25,1	812	21,8	03	1 672
Pré-Escolar	1 057	31,0	1 051	28,2	-	2 108
Escolar	1 278	37,5	1 559	41,9	-	2 837
Puberal	198	5,8	270	7,3	-	468
• Sub-Total	3 411	94,5	3 721	94,3	03	7 135
• Não Relatado	198	5,5	227	5,7	01	426
TOTAL GERAL	3 609	100,0	3 948	100,0	04	7 561

4.1.5 PROCEDÊNCIA

O maior número de pacientes era do Estado do Paraná com 6.689 casos, com frequência de 96,5% ($p < 0,001$), (TABELA 8). Analisando separadamente o Estado do Paraná, a maior procedência foi da cidade de Curitiba (capital), com 3.641 casos e frequência de 54,4% (TABELA 8 e GRÁFICO 4). Da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), com 2.450 (36,6%) . Os municípios de onde houve maior procedência de pacientes foram Colombo com 740 casos (12,2%), Almirante Tamandaré 514 (8,4%), Piraquara 295 (4,8%), São José dos Pinhais 222 (3,6%), Pinhais 204 (3,3%) e Rio Branco do Sul com 189 casos e frequência de 3,1% (GRÁFICOS 5). Outros municípios contribuíram com 598 casos (9,0%), outros Estados 241 casos (3,5%) e outro país com 1 caso (TABELA 8). Não houve casos dos municípios de Campo Magro e Tunas do Paraná (ANEXO 5, TABELA 12). Nos períodos acumulados observa-se uma redução do percentual de pacientes de Curitiba em relação aos municípios da Região Metropolitana (TABELA 8).

Na comparação da procedência de modo geral, foi constatado diferença estatística, para pacientes procedentes do Estado do Paraná (96,5%) ($p<0,001$) e analisando separadamente o Estado do Paraná, a maior procedência é observada na Capital (Curitiba) (54,4%) ($p<0,001$).

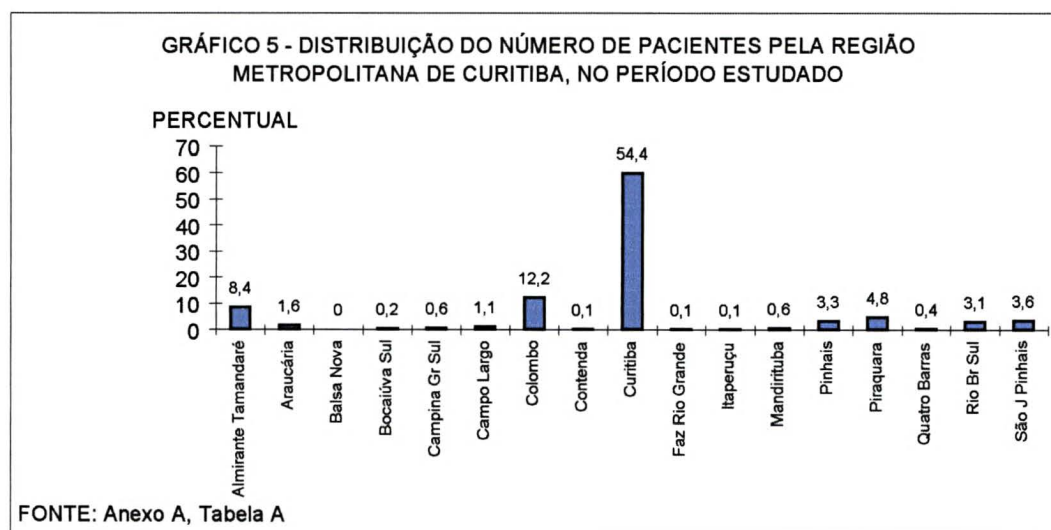
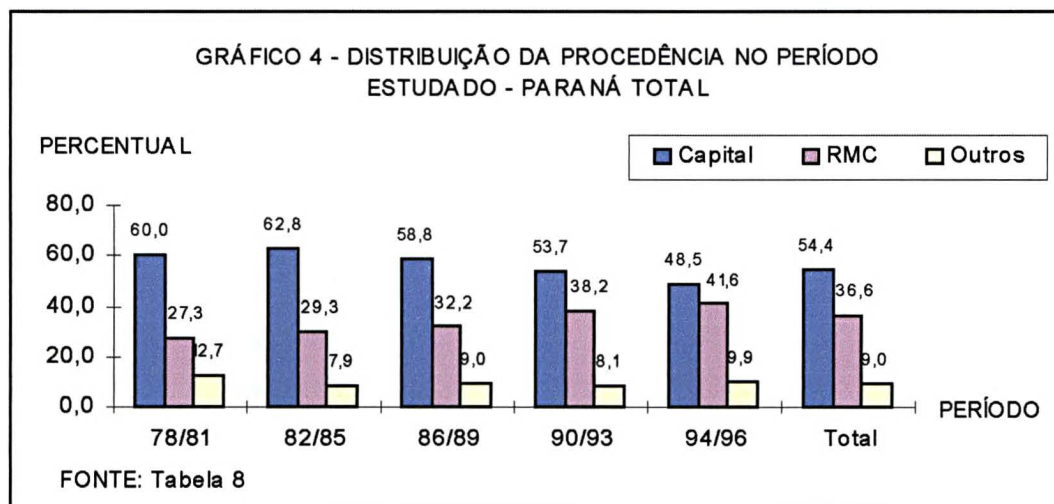


TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA PROCEDÊNCIA, POR PACIENTE, NO PERÍODO ESTUDADO - TOTAL

PERÍODO	PARANÁ								OUTROS ESTADOS		OUTRO PAÍS		TOTAL					
	CAPITAL		RMC ⁽¹⁾		OUTROS		TOTAL		Nº	%	Nº	%	SUB-TOTAL		NÃO RELATADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%					Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 978	04	66,7	-	-	02	33,3	06	100,0	-	-	-	-	06	40,0	09	60,0	15	0,2
1 979	16	64,0	05	20,0	04	16,0	25	100,0	-	-	-	-	25	37,3	42	62,7	67	0,9
1 980	06	46,1	06	46,1	01	0,8	13	100,0	-	-	-	-	13	35,1	24	64,9	37	0,5
1 981	07	63,6	04	36,4	-	-	11	91,7	01	8,3	-	-	12	41,4	17	58,6	29	0,3
• Sub-total	33	60,0	15	27,3	07	12,7	55	98,2	01	1,8	-	-	56	37,8	92	62,2	148	1,9
1 982	13	50,0	08	30,8	05	19,2	26	100,0	-	-	-	-	26	68,4	12	31,6	38	0,5
1 983	132	66,7	49	24,7	17	8,6	198	100,0	-	-	-	-	198	79,2	52	20,8	250	3,3
1 984	155	63,8	75	30,9	13	5,3	243	97,6	06	2,4	-	-	249	86,5	39	13,5	288	3,8
1 985	243	61,2	121	30,5	33	8,3	397	97,5	10	2,5	-	-	407	88,9	51	11,1	458	6,1
• Sub-total	543	62,8	253	29,3	68	7,9	864	98,2	16	1,8	-	-	880	85,1	154	14,9	1 034	13,7
1 986	190	61,7	88	28,6	30	9,7	308	95,4	14	4,3	01	0,3	323	85,0	57	15,0	380	5,0
1 987	127	48,6	91	34,9	43	16,5	261	96,0	11	4,0	-	-	272	80,7	65	19,3	337	4,5
1 988	291	62,9	133	28,7	39	8,4	463	97,1	14	2,9	-	-	477	94,6	27	5,4	504	6,7
1 989	328	58,5	201	35,8	32	5,7	561	96,2	22	3,8	-	-	583	92,7	46	7,3	629	8,3
• Sub-total	936	58,8	513	32,2	144	9,0	1 593	96,3	61	3,7	01	0,0	1 655	89,5	195	10,5	1 850	24,5
1 990	314	57,7	179	32,9	51	9,4	544	97,5	14	2,5	-	-	558	96,7	19	3,3	577	7,6
1 991	308	54,4	221	39,1	37	6,5	566	96,9	18	3,1	-	-	584	94,8	32	5,2	616	8,2
1 992	238	50,7	188	40,1	43	9,2	469	94,6	27	5,4	-	-	496	96,9	16	3,1	512	6,8
1 993	206	50,6	170	41,8	31	7,6	407	95,8	18	4,2	-	-	425	96,2	17	3,8	442	5,8
• Sub-total	1 066	53,7	758	38,2	162	8,1	1 986	96,3	77	3,7	-	-	2 063	96,1	84	3,9	2 147	28,4
1 994	317	47,7	289	43,4	59	8,9	665	96,0	28	4,0	-	-	693	94,8	38	5,2	731	9,7
1 995	366	50,4	283	39,0	77	10,6	726	96,2	29	3,8	-	-	755	95,8	33	4,2	788	10,4
1 996	380	47,5	339	42,4	81	10,1	800	96,5	29	3,5	-	-	829	96,1	34	3,9	863	11,4
• Sub-total	1 063	48,5	911	41,6	217	9,9	2 191	96,2	86	3,8	-	-	2 277	95,6	105	4,4	2 382	31,5
TOTAL GERAL	3 641	54,4	2 450	36,6	598	9,0	6 689	96,5	241	3,5	01	0,0	6 931	91,7	630	8,3	7 561	100,0

(1) Total dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) exceto a capital (Curitiba).

Total → $\chi^2_{\text{calc}} = 12\,460,699$; $\chi^2_{\text{tab}} = 13,82$; $p < 0,001$; Significativo;Paraná → $\chi^2_{\text{calc}} = 2\,109,138$; $\chi^2_{\text{tab}} = 13,82$; $p < 0,001$; Significativo.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES ENCONTRADAS EM GRUPOS DE DOENÇAS DERMATOLÓGICAS

Foram identificadas no período de 19 anos, 408 diferentes dermatoses (diagnósticos), divididas em 28 grupos (ANEXO 2- QUADRO A2), segundo a classificação das doenças dermatológicas em medicina geral (FITPATRICK, EISEN & WOLFF, 1988). Os grupos (G) com maior número de diagnósticos foram o G-17 com 1936 casos (19,4%), seguido do G-1 com 1155 casos (11,6%), o G-26 com 1.107 casos (11,1%), G-10 com 1.063 casos (10,6%), G-24 com 711 (7,1%) e G-23 com 658 casos, com frequência de 6,6% (TABELA 9). A somatória das dermatoses descritas nestes 6 grupos, representou 66,3% dos casos atendidos no ambulatório.

Em 67 casos, G 29, não houve diagnóstico estabelecido perfazendo uma frequência de 0,7% (TABELA 9).

As dermatoses do estudo foram correlacionadas com a Classificação Internacional das Doenças- 10 (ANEXO 4).

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATES POR GRUPOS⁽¹⁾ NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE POR GRUPOS		NÚMERO	%
1.	Epiderme-Alterações da diferenciação e cinética celular	1 155	11,6
2.	Epiderme Transtornos da coesão epidérmica e dermoepidérmica, afecções vesiculares e bolhosas	104	1,0
3.	Alterações dos apêndices epidérmicos e transtornos reacionais-Alteração de cabelo	325	3,2
4.	Unhas-Padrões de alterações ungueais	76	0,8
5.	Glândulas sebáceas	463	4,6
6.	Dermatite perioral	12	0,1
7.	Glândulas écrinas	146	1,5
8.	Glândulas Apócrinas	01	0,0
9.	Tumores epidérmicos e dos apêndices	79	0,8
10.	Alterações dos melanócitos	1 063	10,6
11.	Alterações da interface dermo-epidérmica e da derme	257	2,6
12.	Transtornos da derme	110	1,1
13.	Neoplasias e hiperplasias de origem neural e muscular	538	5,4
14.	Transtornos do tecido subcutâneo	15	0,1
15.	Transtornos do tegumento muco-cutâneo	75	0,7
16.	Alterações cutâneas em transtornos de reatividade alterada	261	2,6
17.	Alterações cutâneas nos transtornos de reatividade alterada-Dermatite eczematosa	1 936	19,4
18.	Transtornos devido a agentes físicos	168	1,7
19.	Lesões cutâneas nos transtornos nutricionais, metabólicos e hereditários	09	0,1
20.	Dermatologia e medicina interna	26	0,3
21.	Manifestações cutâneas das doenças em outros sistemas orgânicos	157	1,6
22.	Transtornos devidos a agentes microbianos	402	4,0
23.	Doenças micóticas com compromisso cutâneo	658	6,6
24.	Doenças produzidas por Rickettsias e por vírus com um compromisso cutâneo	711	7,1
25.	Doenças transmitidas sexualmente	58	0,6
26.	Mordida de animais, infestações e picadas de insetos	1 107	11,1
27.	Manifestações cutâneas dos Síndromes de imunodeficiência	07	0,1
28.	Outras classificações não especificadas anteriormente	03	0,0
29.	Sem diagnóstico	67	0,7
TOTAL		9 989	100,0

(1) Adaptado de Fitzpatrick, Eisen & Wolff, 1988.

4.3 DISTRIBUIÇÃO DAS 15 DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO DE 1978 A 1996.

As dermatoses mais frequentes encontradas no período de 19 anos foram em ordem decrescente: DA (DA com 985 casos e Eczema Atópico Infectado com 49 casos) com 1.034 casos (10,4%); PE com 578 casos (5,8%); VV (Verruga plana com 18 e Verruga vulgar com 464), com 482 (4,8%); PA com 446 (4,5%), DS com 394 (3,9%); E com 391 (3,9%), DC com 375 (3,7%); CP com 372 (3,7%); H (Hemangioma com 96 e Hemangioma cavernoso com 253) com 349 casos (3,5%); I (Impetigo com 251 casos e Impetigo bolhoso com 32), com 274 casos (2,7%); P (Psoríase com 216 e Psoríase gutata com 50) com 266 casos (2,7%); TC com 248 (2,5%); V com 220 casos (2,2%); IV com 177 casos (1,8%) e MC com 161 casos e frequência de 1,6% (TABELA 10).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES MAIS FREQUENTES

DERMATOSES	NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS	PERCENTUAL	
		Seleção	Total
Dermatite atópica ⁽¹⁾	1 034	17,5	10,4
Prurigo estrófulo	578	9,8	5,8
Verrugas ⁽²⁾	482	8,2	4,8
Pitiríase alba	446	7,5	4,5
Dermatite seborreica	394	6,7	3,9
Escabiose	391	6,6	3,9
Dermatite de contato	375	6,3	3,7
Ceratose pilar	372	6,3	3,7
Hemangioma ⁽³⁾	349	5,9	3,5
Impetigo ⁽⁴⁾	274	4,6	2,7
Psoríase ⁽⁵⁾	266	4,5	2,7
Tínea capitis	248	4,2	2,5
Vitiligo	220	3,7	2,2
Ictiose vulgar	177	3,0	1,8
Molusco contagioso	161	2,8	1,6
TOTAL GERAL	5 767	100,0	57,7

NOTA: Percentual total calculado em razão do total de casos (diagnósticos) no período estudado.

(1) Dermatite atópica (985 = 9,9%) e Eczema atópico infectado (49 = 0,5%);

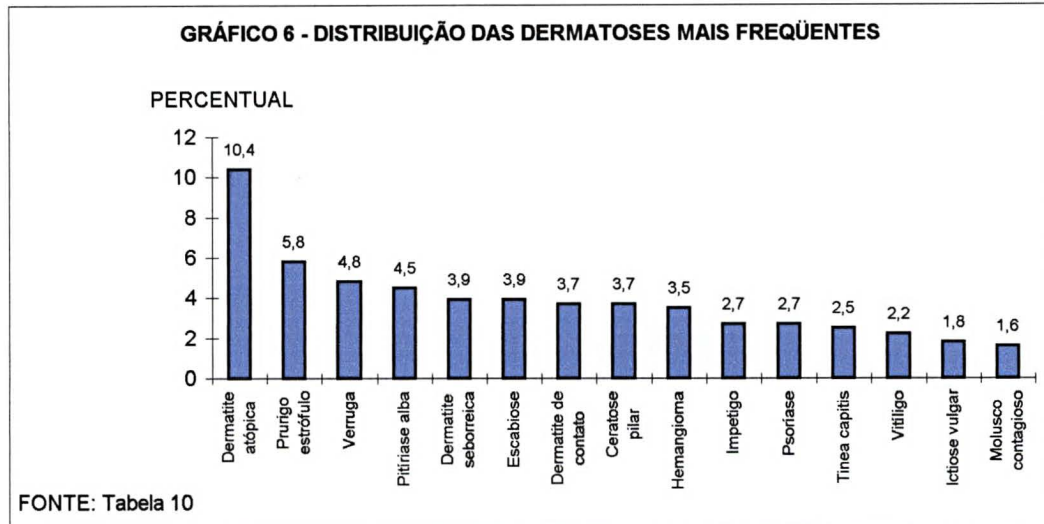
(2) Verruga (12 = 0,1%) e Verruga filiforme (10 = 0,1%) e Verruga plana (18 = 0,2%) e Verruga plantar (45 = 0,4%) e Verruga vulgar (397 = 4,0%);

(3) Hemangioma (96 = 1,0%) e Hemangioma cavernoso (253 = 2,5%);

(4) Impetigo (251 = 2,5%) e Impetigo bolhoso (23 = 0,2%);

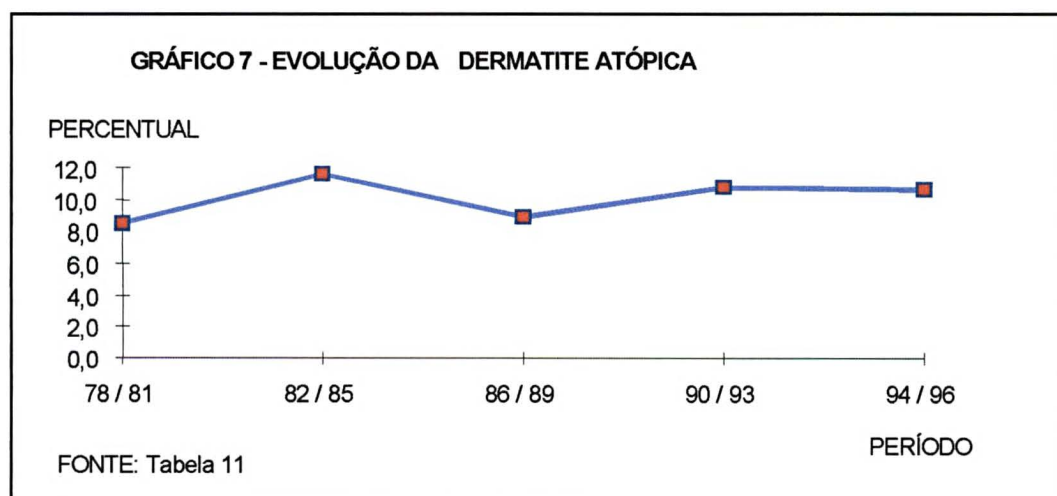
(5) Psoríase (216 = 2,2%) e Psoríase gutata (50 = 0,5%).

Estas dermatoses perfizeram um total de 5.767 diagnósticos ou 57,7% dos casos verificados neste estudo (GRÁFICO 6).



4.3.1 DERMATITE ATÓPICA (DA)

O número de casos de DA foi de 1.034 no período estudado e manteve-se proporcionalmente constante às demais dermatoses, com pequenas variações nos períodos iniciais (TABELA 11 e GRÁFICO 7).

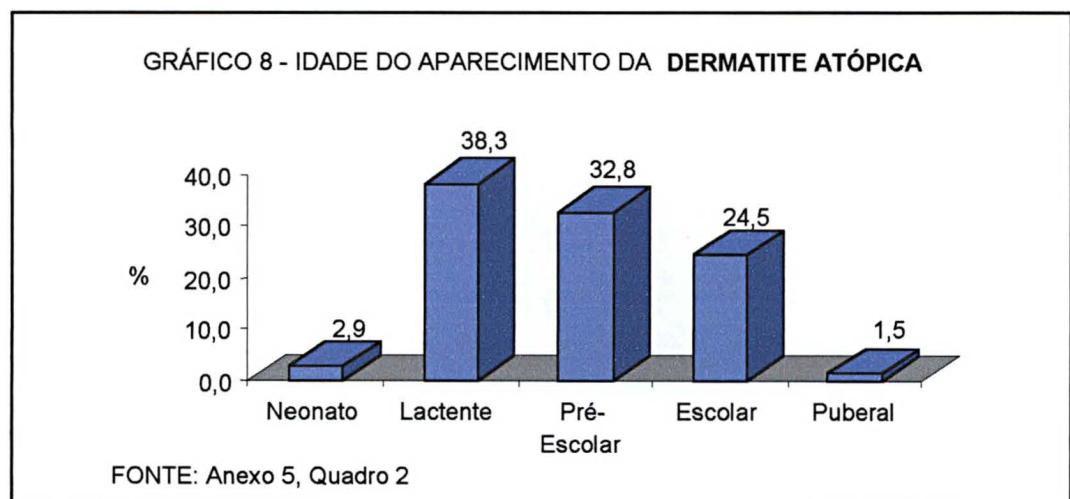


O número de pacientes do **sexo** masculino identificados com esta enfermidade foi de 540 (52,2 %). O **sexo** feminino contribuiu com 494 casos 47,8 %. Esta diferença não mostrou significância estatística.

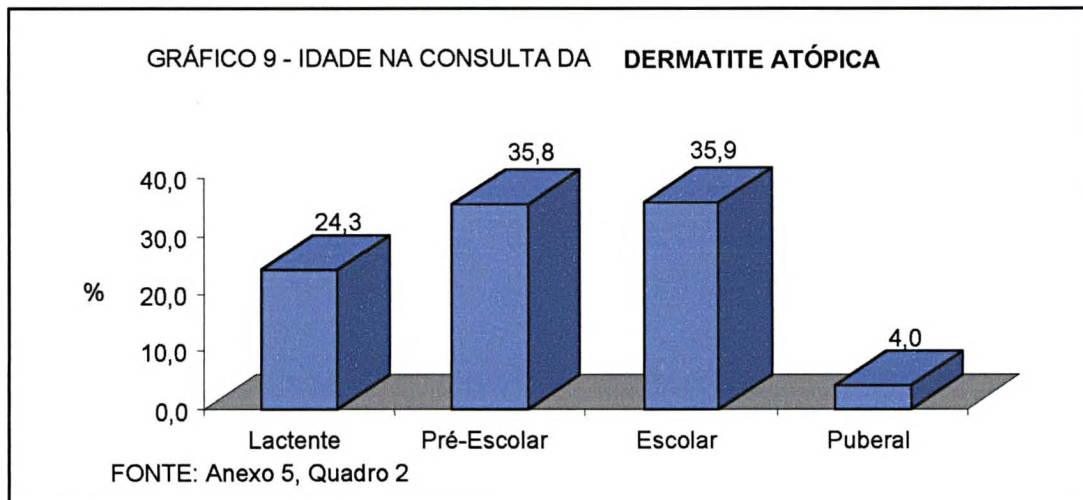
A **cor** branca apresentou uma proporção de 863 casos e frequência de 92,3 % ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se de 57 casos (6,1 %), da **cor** parda, 12 (1,3 %), da **cor** preta e 3 (0,3 %), da amarela. Em 99 casos (9,6%), o parâmetro **cor** não foi encontrado (ANEXO 5, QUADRO 2).

Quanto à **procedência**, predominaram os casos do Estado do Paraná com 96,1% ($p < 0,001$) (QUADRO 1), e Curitiba com 517 casos e frequência de 55,9 % ($p < 0,001$) (QUADRO 1). A Região Metropolitana de Curitiba contribuiu com 354 casos (38,3 %), outros municípios do Paraná com 54 (5,8%) e 38 casos (4%), foram oriundos de outros Estados. Em 73 casos (7,0 %) este dado não foi encontrado (ANEXO 5, QUADRO 2).

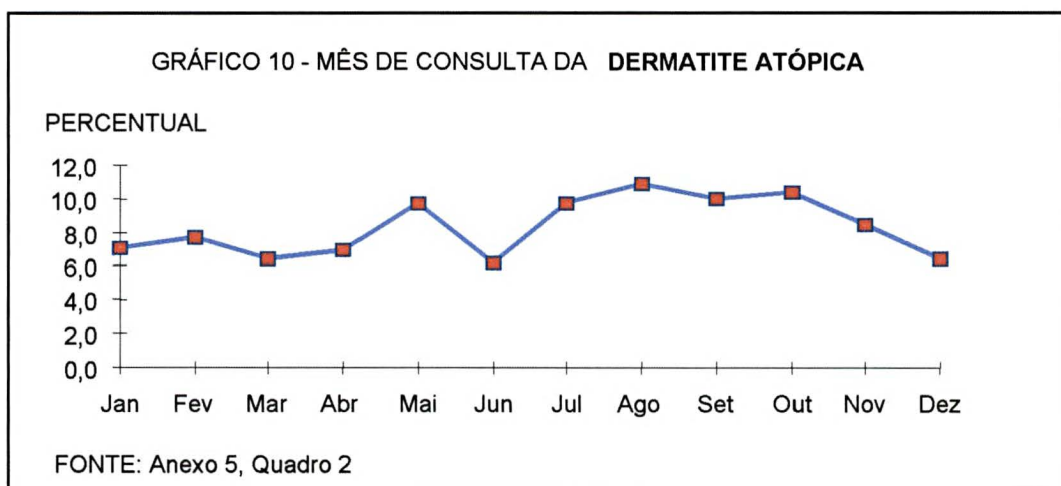
O aparecimento da DA predominou nos **lactentes** com 334 casos e uma frequência de 38,3 % ($p < 0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se dos **pré-escolares** com 286 (32,8 %), **escolares** com 213 casos (24,5 %), **neonatos** com 25 (2,9 %) e **púberes** com 13 casos e frequência de 1,5% (ANEXO 5, QUADRO 2). Em 163 casos (15,8%), este dado não foi encontrado (GRÁFICO 8).



Com relação à idade do paciente submetido a consulta foi verificada a seguinte classificação: **escolares** 354 com frequência de 35,9% ($p<0,001$), (QUADRO 1); **pré-escolares**: 353 casos com frequência de 35,8% ($p<0,001$), (QUADRO 1); **lactentes**: 239 (24,3 %) e **púberes** com 39 casos (4%). Não houve casos no período neonatal (ANEXO 5, QUADRO 2). Em 49 casos o registro do dado **idade** não foi encontrado. (GRÁFICO 9).

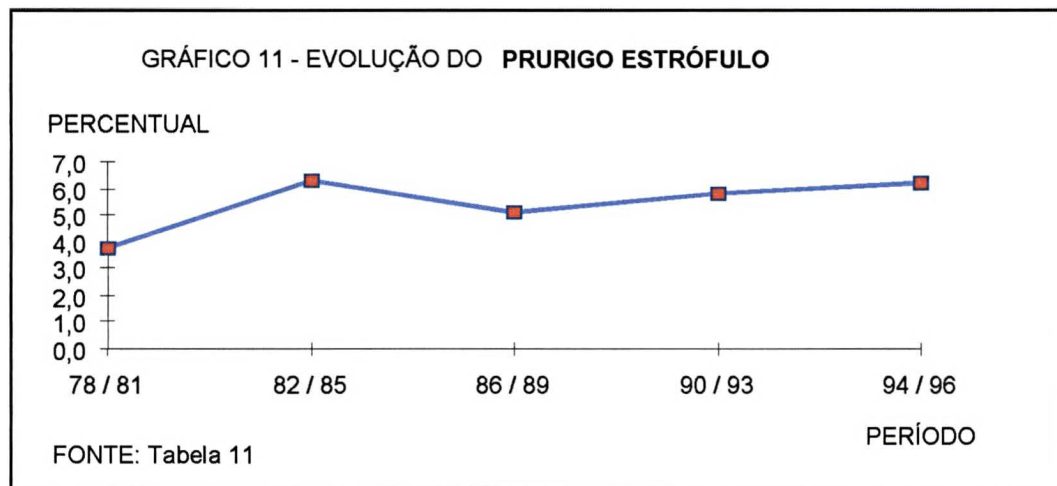


O **mês** de agosto teve o maior número de consultas por DA nos 19 anos estudados (GRÁFICO 10) e frequência de 10,8% ($p<0,005$), (QUADRO 1). Em 22 casos (2,1%), o dado **mês** não foi encontrado no prontuário.



4.3.2 PRURIGO ESTRÓFULO (PE)

Foram registrados 578 (5,8%) casos de PE no período estudado. Excluindo-se o primeiro período, nos demais observou-se que a proporção manteve-se praticamente constante a partir de 1986 (TABELA 11 e GRÁFICO 11).

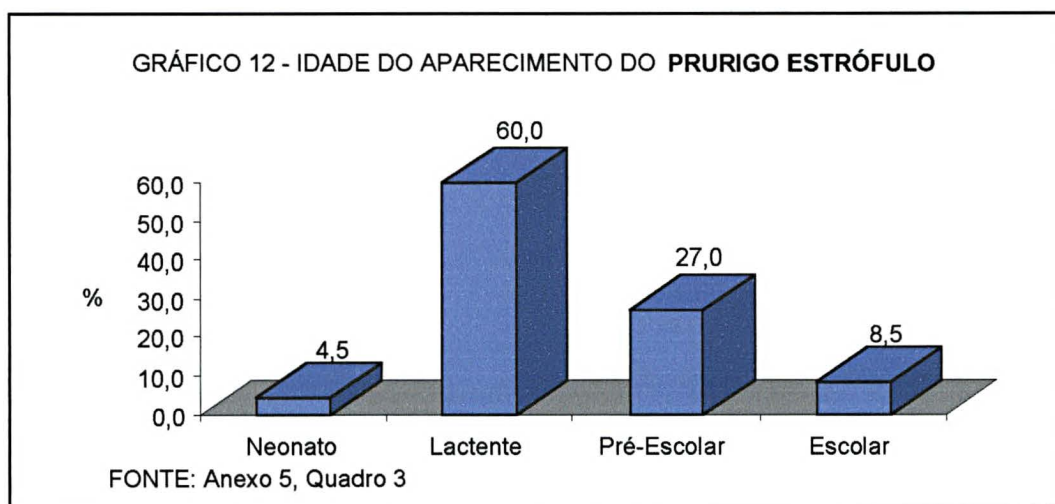


O maior número de pacientes foi do **sexo** masculino (305 - 52,8 %). O **sexo** feminino contribuiu com 273 casos (47,2 %). A diferença, contudo, não foi significativa.

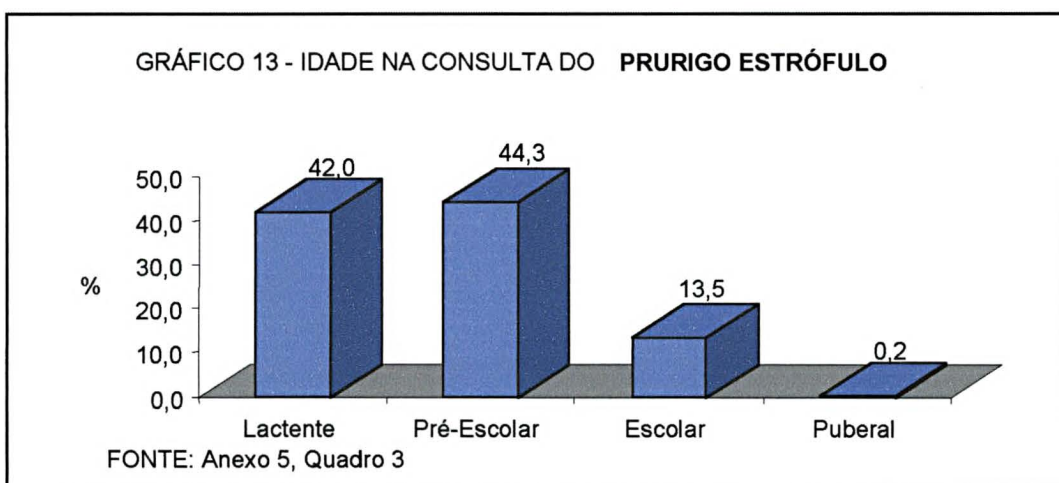
A **cor** branca predominou com 515 casos e freqüência de 95,2 % ($p < 0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 17 (3,1%), a preta com 07 (1,3 %) e a amarela com 02 casos (0,4 %). Em 37 casos (6,4%), o dado **cor** não foi encontrado (ANEXO 5, QUADRO 3).

O maior número de pacientes era proveniente do Estado do Paraná (97,6%) ($p < 0,001$). Curitiba contribuiu com 305 casos e freqüência de 56,8% ($p < 0,001$) (QUADRO 1), 193 casos (35,9%), vieram da RMC, 39 (7,3 %), de outros municípios do Paraná e 13 (2,4 %), de outros Estados. Em 28 casos (4,8%), este dado não foi encontrado (ANEXO 5, QUADRO 3).

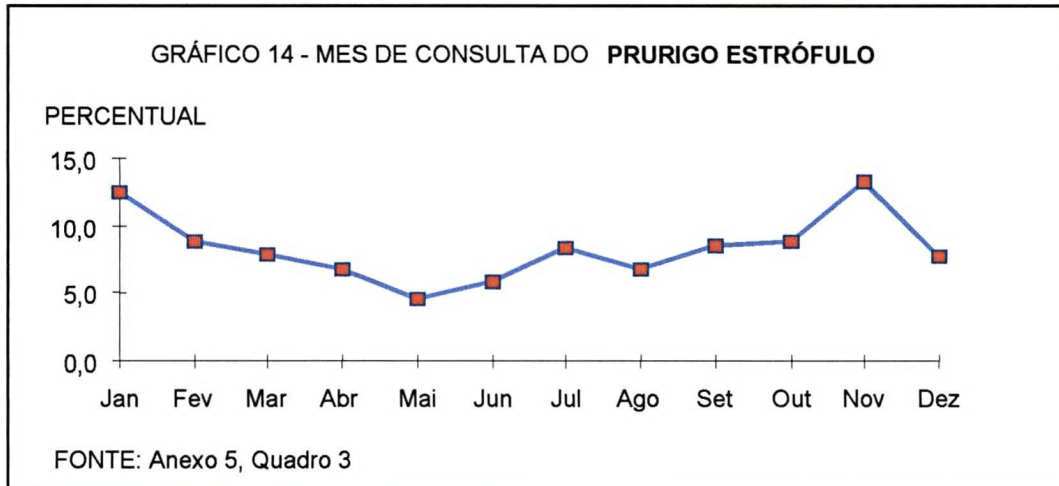
O aparecimento do PE predominou nas faixas etárias: **lactentes** com 291 casos 60,0 % ($p<0,001$) (QUADRO 1); seguindo-se os **pré-escolares** 131 (27,0%); os **escolares** 41 (8,5%) e **neonatos** 22 com uma frequência de 4,5% (ANEXO 5, QUADRO 3). Não houve casos de início do PE na idade **puberal**. Em 93 casos (16,0%) este dado não foi encontrado (GRÁFICO 12).



A idade do paciente na consulta predominou entre os **pré-escolares** com 249 casos e frequência de 44,3% ($p<0,001$) (QUADRO 1); seguindo-se dos **lactentes** 236 (42,0%); **escolares** 76 (13,5%) e os da idade **puberal** 1 caso com frequência de 0,2% (ANEXO 5, QUADRO 3). Em 16 casos (2,8%) este dado não foi encontrado. (GRÁFICO 13)

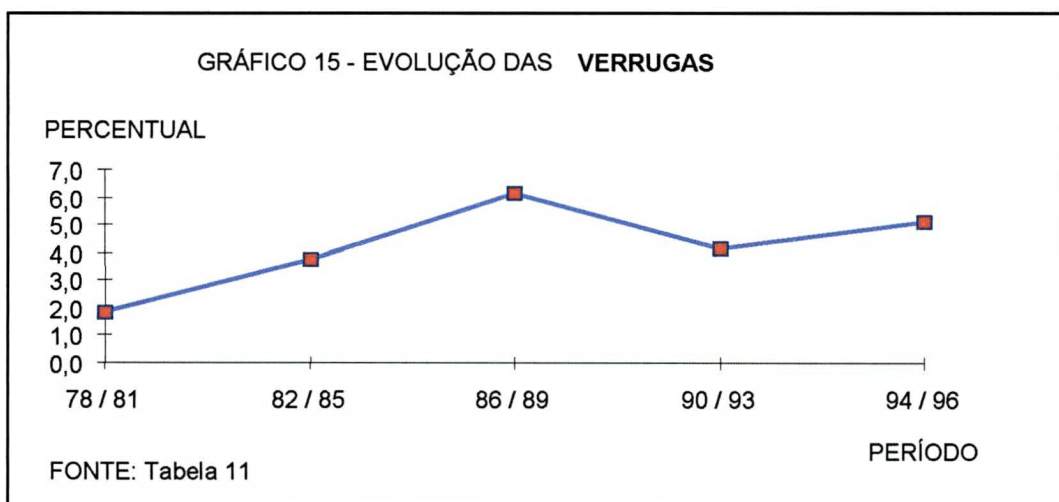


Houve predomínio de casos de PE nos **meses** de outubro a fevereiro (ANEXO 5, QUADRO 3) com um maior número no **mês** de novembro com 13,2 % ($p < 0,005$) (QUADRO 1, GRÁFICO 14). O **mês** da consulta não foi encontrado em 8 casos com frequência de 1,4.



4.3.3 VERRUGAS (V V)

Dos 482 (4,8%) casos, houve no período de 1986 a 1989 um aumento na frequência (6,1%) das VV (GRÁFICO 15), diminuindo a seguir no período de 1990 a 1993 (TABELA 11).

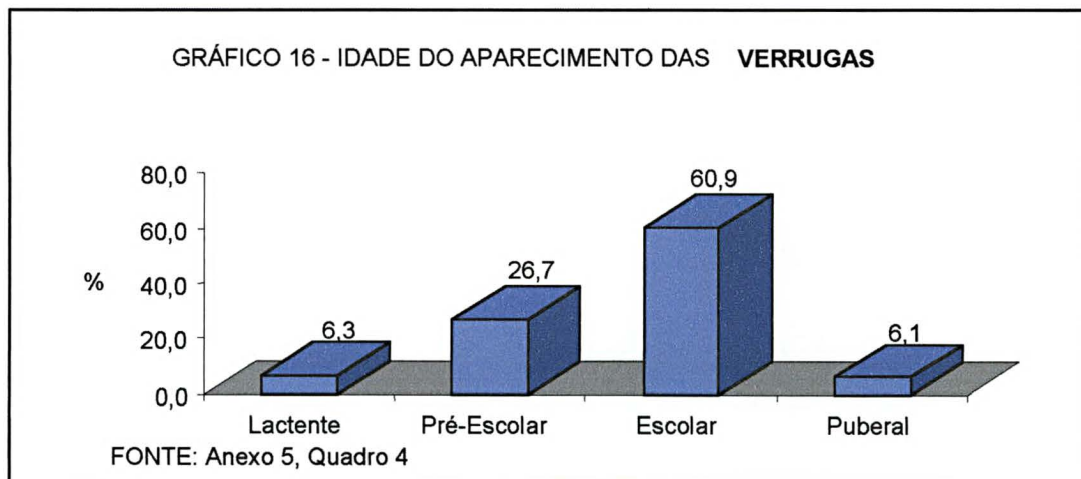


Foi maior o número de pacientes do **sexo** feminino 247 casos (51,2%) em relação ao masculino 235 casos (48,8%), sem significância estatística.

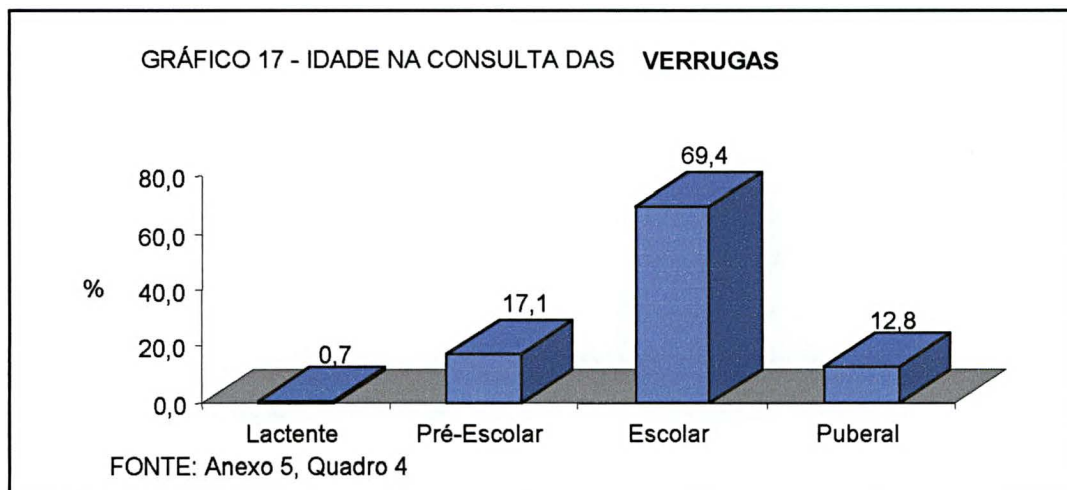
A **cor** branca predominou com 405 casos e frequência de 91,8% ($p < 0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 24 casos (5,4%), preta 10 (2,3%) e amarela 02 (0,5%). A **cor** não foi encontrada em 41 casos (8,5%) (ANEXO 5, QUADRO 4).

Predominaram os pacientes oriundos do Estado do Paraná (97,5%) ($p < 0,001$). A cidade de Curitiba contribuiu com 249 casos e frequência de 57,4% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a RMC com 154 (35,5%), outros municípios do Paraná com 31 (7,1%) e outros Estados com 11 casos e frequência de 2,5%. Em 37 casos (7,7%) a **procedência** não foi encontrada (ANEXO 5, QUADRO 4).

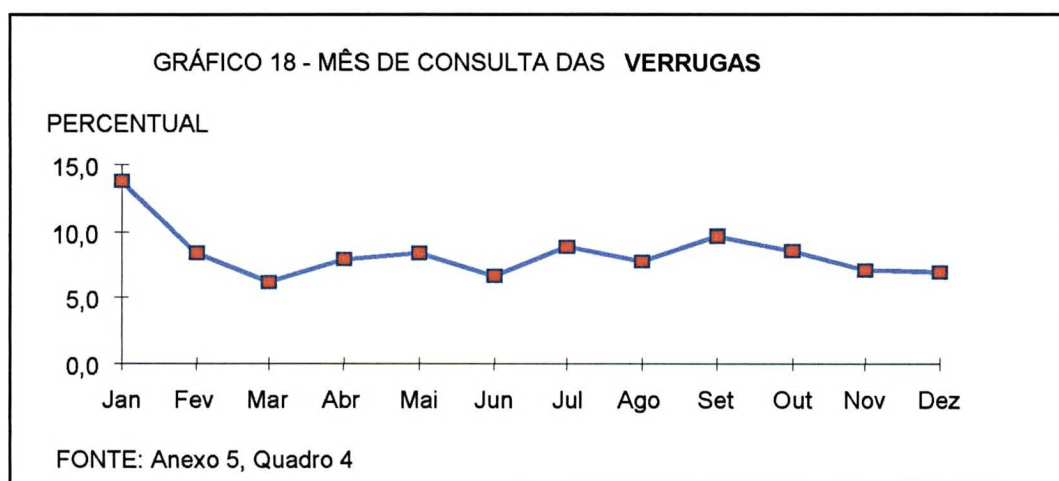
A idade de início da VV foi mais freqüente na faixa etária **escolar** com 260 casos e frequência de 60,9% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a **pré-escolar** com 114 casos (26,7%), a **lactente** com 27 (6,3%) e a **puberal** com 26 casos e frequência de 6,1% (GRÁFICO 16). A idade de início da VV em 55 casos (11,4%), não foi encontrada (ANEXO 5, QUADRO 4).



A idade na consulta predominou na faixa etária **escolar** (320 casos e frequência de 69,4%) ($p < 0,001$), (QUADRO 1). Na sequência vieram a **pré-escolar** com 79 casos (17,1%), a **puberal** com 59 (12,8%) e **lactente** com 03 casos (0,7%). Não houve casos em **neonatos** (GRÁFICO 17). A idade na consulta não foi encontrada em 21 dos casos (frequência de 4,3%) (ANEXO 5, QUADRO 4).

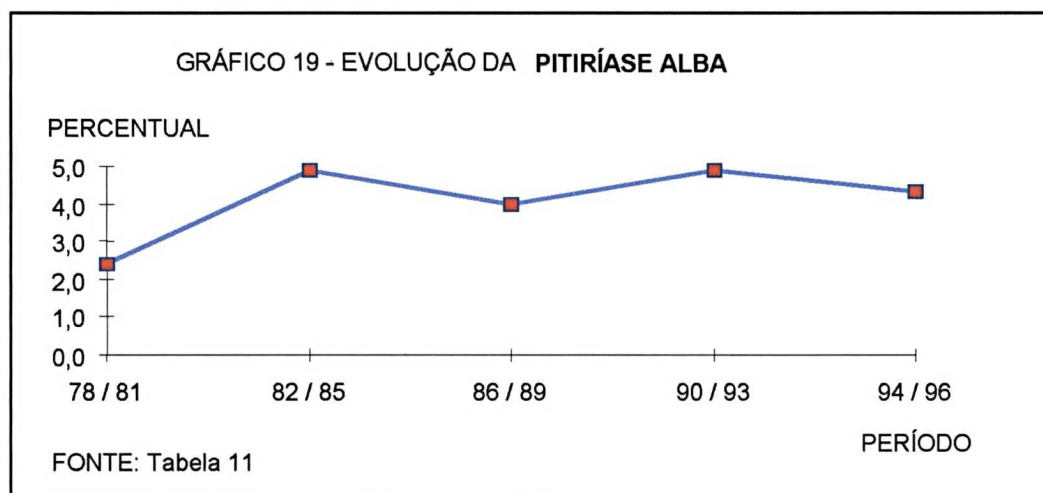


Houve grande número de consultas por VV nos **meses** de janeiro 13,8% (GRÁFICO 18) ($P < 0,01$) (QUADRO 1 e ANEXO 5, QUADRO 4).



4.3.4 PITIRÍASE ALBA (PA)

Dos 446 casos (4,5%) , a PA, proporcionalmente, apresentou pequenas oscilações entre os períodos de 1982 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 19).

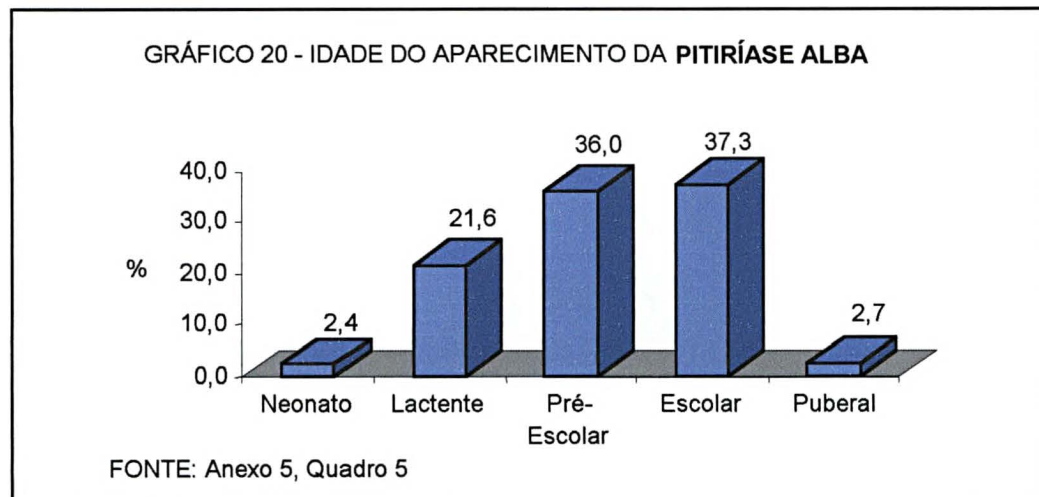


O **sexo** masculino foi o mais freqüente com 246 casos e freqüência de 55,2% ($p < 0,05$) (QUADRO 1). O feminino com 200 casos 44,8% de freqüência (ANEXO 5, QUADRO 5).

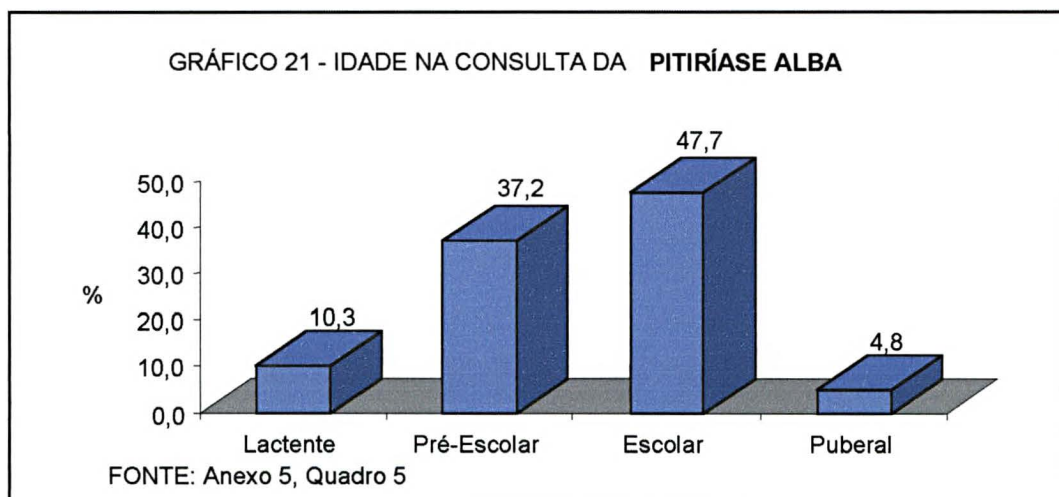
Para esta doença, predominou a **cor** branca com 370 casos e freqüência de 91,8 % ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 20 casos (5,0%), preta com 11 (2,7 %), e amarela com 02 casos (0,5%) (ANEXO 5, QUADRO 5). O dado **cor** não foi encontrado em 43 dos casos (9,6%).

Os casos para PA obedeceram a seguinte distribuição de **procedência**: Estado do Paraná com 98,3% ($p < 0,001$), (QUADRO 1); Curitiba com 221 (54,7%) ($p < 0,001$), (QUADRO1); municípios da RMC com 163 (40,3%); outros municípios do Paraná com 20 casos (5,0%) e outros Estados com 07 e freqüência de 1,7% (ANEXO 5, QUADRO 5). Em 35 casos (7,8 %), a **procedência** foi dado não encontrado.

Com relação à idade de início da PA, predominou a faixa dos **escolares** com 140 casos (37,3%), ($p<0,001$), (QUADRO 1). A **pré-escolar** veio em segundo com 135 casos (36,0%), a **lactente** apresentou 81 casos (21,6 %), a **puberal** 10 (2,7%) e a **neonatal** com 9 casos e frequência de 2,4% (GRÁFICO 20). Em 71 casos (15,9%) a idade de início da dermatose foi dado não encontrado (ANEXO 5, QUADRO 5).



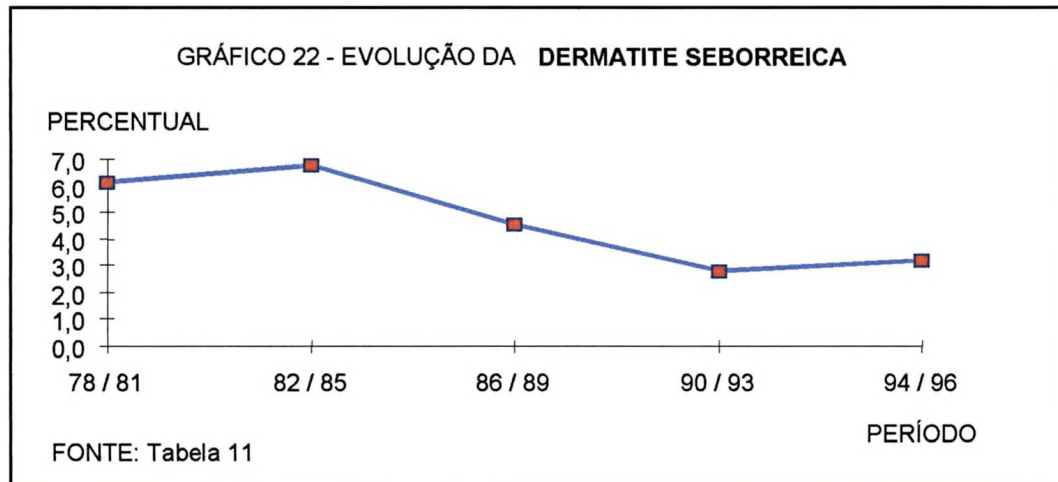
A idade predominante na consulta foi a da faixa **escolar** com 200 casos (47,7%), ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguida da **pré-escolar** com 156 casos (37,2 %). A faixa **lactente** contribuiu com 43 casos (10,3%) e a **puberal** com 20 casos (4,8%). Não houve casos de consulta no período **neonatal** (GRÁFICO 21). Em 27 casos (6,0 %) a idade na consulta não foi encontrada (ANEXO 5, QUADRO 5).



A PA não mostrou variações importantes com a sazonalidade. Em 4 casos (0,9% NS) o dado **mês** não foi encontrado.

4.3.5 DERMATITE SEBORREICA (DS)

Dos 394 casos estudados (3,9%), houve diminuição proporcional da DS nos períodos de 1982 a 1993 (TABELA 11 e GRÁFICO 22).

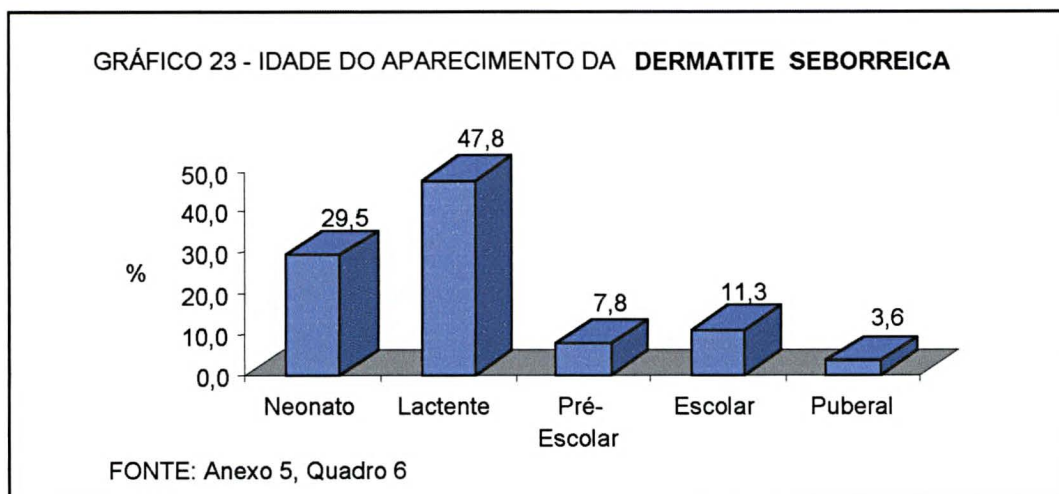


O maior número de pacientes foi o do **sexo** feminino, com 217 casos e frequência de 55,2% ($p < 0,05$), (QUADRO 1). O **sexo** masculino contribuiu com 176 casos (44,8%). Em apenas 01 caso o dado **sexo** não foi encontrado (ANEXO 5, QUADRO 6).

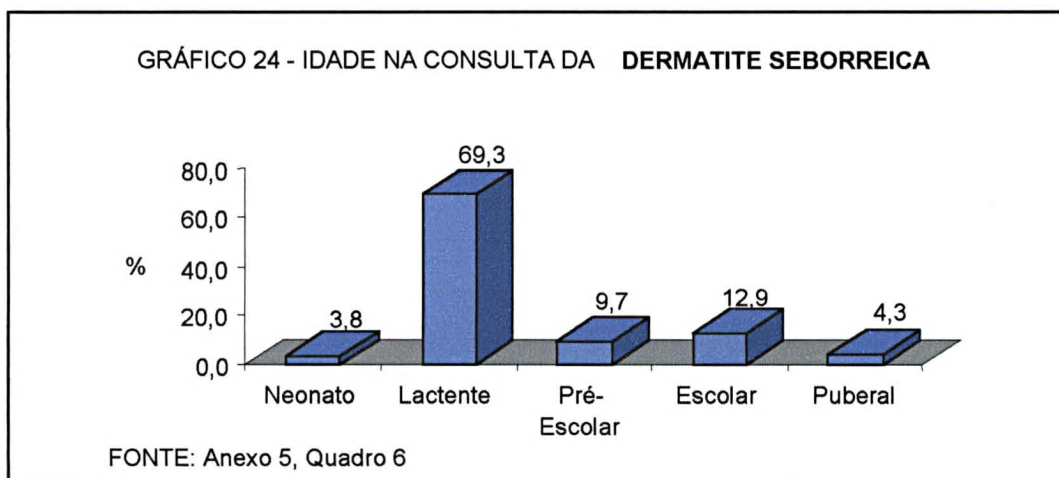
Para a DS houve predomínio da **cor** branca (327 casos e frequência de 92,9%), ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 22 casos (6,2%) e preta com 03 casos (0,9%). Não houve casos de pacientes de **cor** amarela (ANEXO 5, QUADRO 6). Em 42 casos (10,6%), a **cor** foi dado não encontrado.

A maior **procedência** dos pacientes foi do Estado do Paraná com frequência de 97,5% ($p < 0,001$), (QUADRO 1). Curitiba contribuiu com 182 casos e frequência de 52,4% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), a RMC com 145 (41,8%), outros municípios do Paraná com 20 (5,8%) e outros Estados com 09 casos e frequência de 2,5% (ANEXO 5, QUADRO 6). Em 38 casos (9,6%), a **procedência** foi dado não registrado.

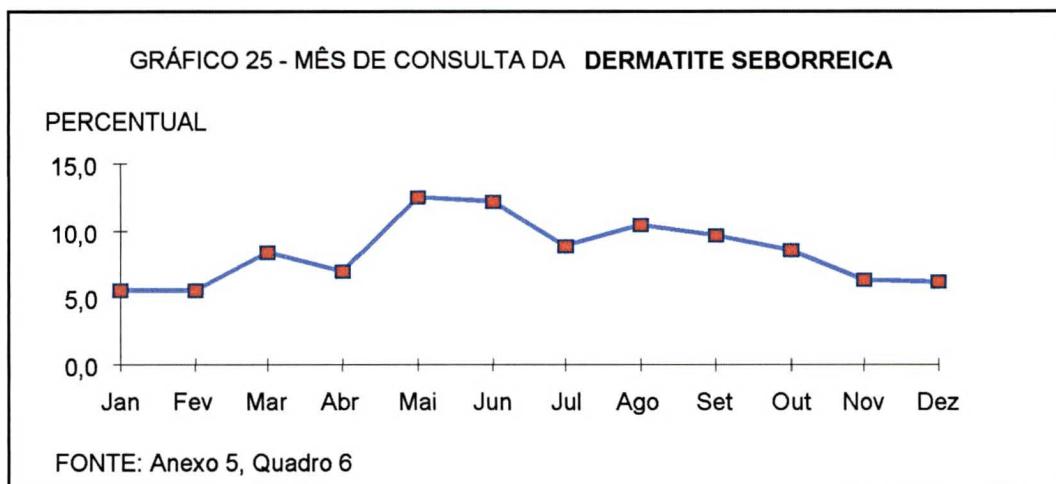
A idade do início da DS predominou na faixa etária de **lactente** com 160 casos e frequência de 47,8 % ($p < 0,001$) (QUADRO 1); seguindo-se a **neonatal** com 99 (29,5%), **escolar** com 38 (11,3 %), **pré-escolar** com 26 (7,8%) e a **puberal** com 12 casos e frequência de 3,6% (ANEXO5, QUADRO 6 e GRÁFICO 23). As idades de início da DS não foram encontradas em 59 casos (15%).



Na consulta, a idade mais frequente ficou para a faixa etária **lactente**, com 258 casos e frequência de 69,3% ($p < 0,001$), (QUADRO 1); seguindo-se a idade **escolar** com 48 (12,9%), **pré-escolar** com 36 (9,7%), **puberal** com 16 (4,3 %) e **neonatal** com 14 casos e frequência de 3,8% (ANEXO 5, QUADRO 6 e GRÁFICO 24). Em 22 casos (5,6%), a idade do diagnóstico foi omitida no prontuário.

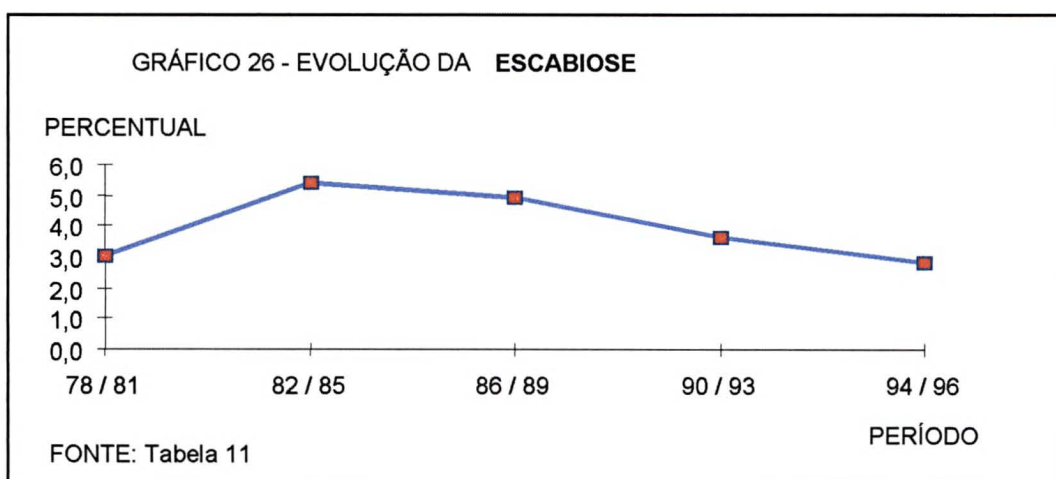


Os **meses** de predomínio das consultas por DS foram: maio, com frequência de 12,5% e junho com 12,2% ($p < 0,005$), (QUADRO 1, ANEXO 5, QUADRO 6 e GRÁFICO 25). Os prontuários não mostraram registros para o dado **mês** em 10 casos (2,5%).



4.3.6 ESCABIOSE (E)

Para os 391 casos analisados, (3,9%), foi mostrado ter havido diminuição proporcional da E no período de 1990 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 26).

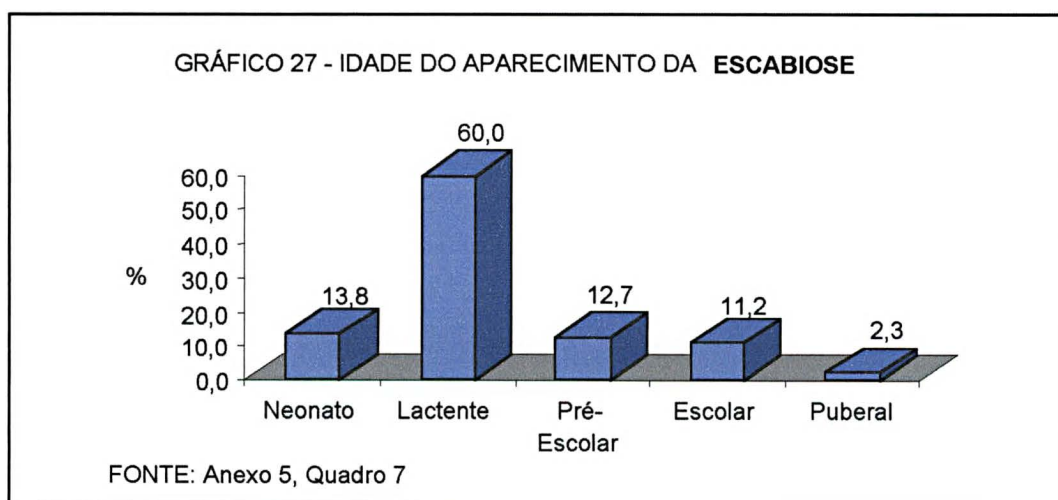


Embora a diferença entre **sexos** não tenha sido estatisticamente significativa, foi maior o número de pacientes do **sexo** masculino, 211 (54,8%), do que o feminino, 180 (46,0%).

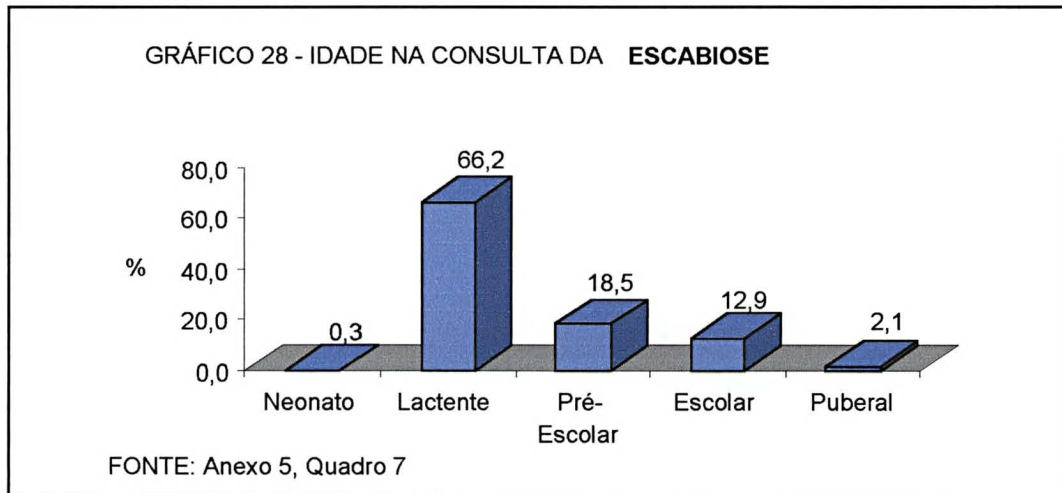
A **cor** branca predominou com 347 casos e freqüência de 94,5% ($p < 0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 15 (4,1%) e a preta com 05 casos (1,4%) (ANEXO 5, QUADRO 7). Não houve registro de pacientes da **cor** amarela. Em 24 casos o dado **cor** não foi encontrado.

Predominaram os casos de pacientes do Estado do Paraná, com freqüência de 97,0% ($p < 0,001$), (QUADRO 1) e de Curitiba, com 215 casos e freqüência de 59,7% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a RMC com 128 (35,6%), de outros municípios do Paraná com 17 (4,7 %) e 11 casos (3,0%) oriundos de outros Estados (ANEXO 5, QUADRO 7). Em 20 casos (5,1%), a procedência foi notificada.

O aparecimento da E foi mais freqüente na faixa etária **lactentes** com 208 casos e freqüência de 60,0% ($p < 0,001$), (QUADRO 1); seguindo-se os **neonatos** com 48 (13,8%); **pré-escolares** com 44 (12,7%); **escolares** com 39 (11,2%) e **púberes** com 08 casos e freqüência de 2,3% (ANEXO 5, QUADRO 7 e GRÁFICO 27). Em 44 casos (11,2%), este dado não foi encontrado.



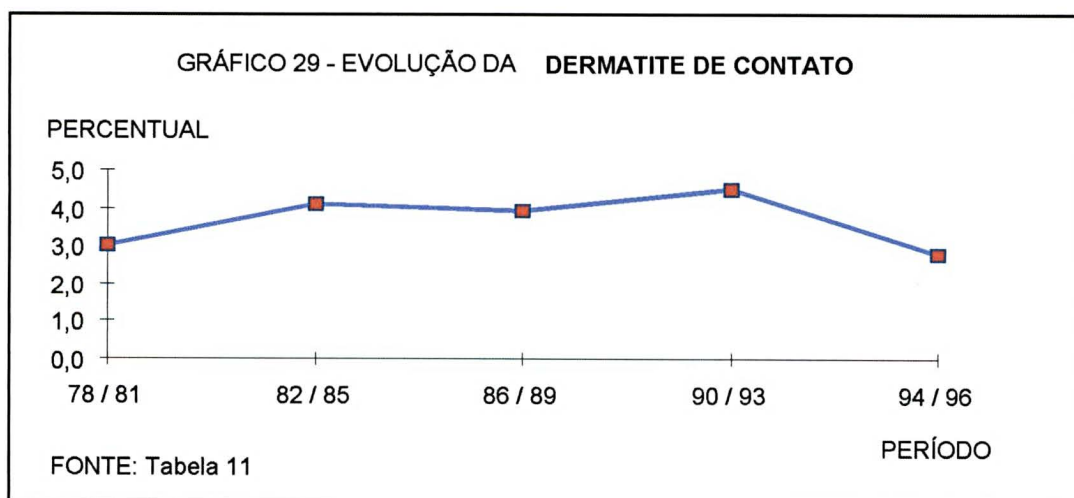
A idade na consulta predominou entre a faixa dos **lactentes** com 251 casos e frequência de 66,2% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a **pré-escolar** com 70 (18,5%), **escolar** com 49 (12,9 %), **puberal** com 08 (2,1%) e **neonatal** com 01 caso e frequência de 0,3% (ANEXO 5, QUADRO 7 e GRÁFICO 28). Em 12 prontuários a idade na consulta não estava presente.



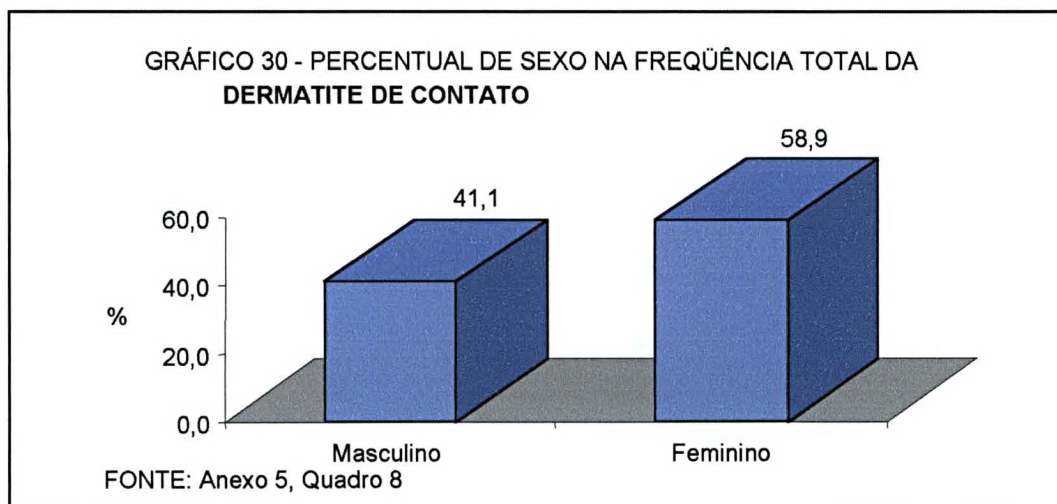
Embora mostrando ausência de significância estatística, o **mês** de maior número de consultas para E foi julho, com 47 casos (12,1%). Em 3 casos (0,8%) o dado **mês** não foi registrado.

4.3.7 DERMATITE DE CONTATO (DC)

Para os 375 casos estudados (3,8%), não foi verificada variação importante entre os anos de 1978 a 1994. Houve, contudo, discreta queda na proporção observada no período de 1994 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 29).



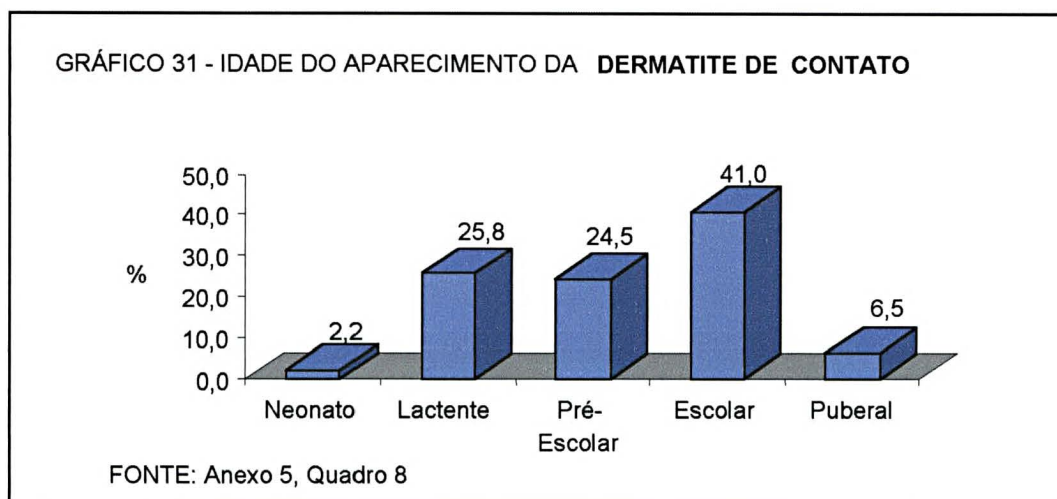
O **sexo** mais freqüente foi o feminino com 221 casos 58,9% ($p<0,001$) (QUADRO 1). O masculino contribuiu com 154 (41,1%), (ANEXO 5, QUADRO 8 e GRÁFICO 30).



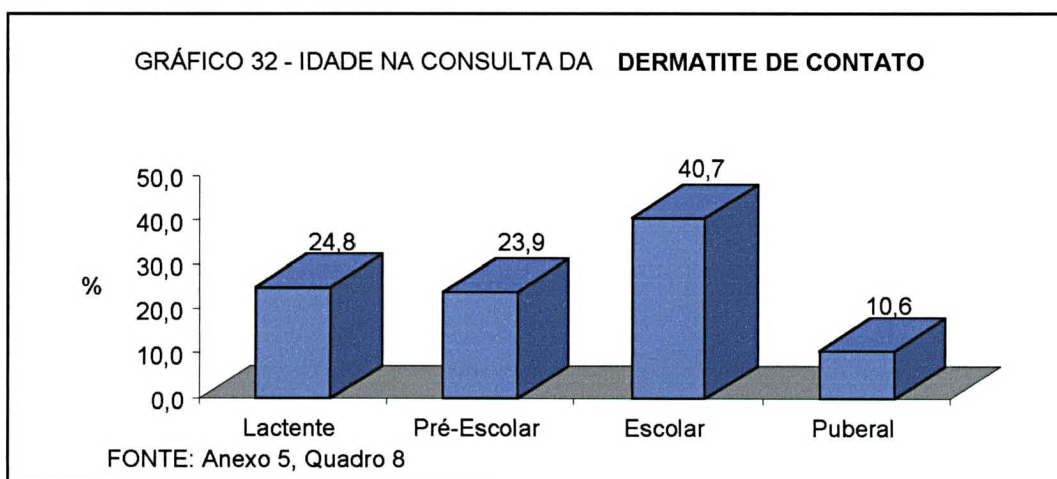
Houve predomínio da **cor** branca com 324 casos e freqüência de 94,5% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se da parda com 12 (3,5%), preta com 04 (1,2%) e amarela com 03 casos e freqüência de 0,8% (ANEXO 5, QUADRO 8). Em 32 prontuários a **cor** foi dado não encontrado.

O maior número de pacientes foi procedente do Estado do Paraná com 98,8% ($p<0,001$), (QUADRO 1) e da cidade de Curitiba com 200 casos e freqüência 58,6 % ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se municípios da RMC com 124 casos (36,4%), outros locais do Estado do Paraná com 17 (5,0%) e outros Estados com 04 casos e freqüência de 1,2% (ANEXO 5, QUADRO 8). Em 30 casos (8%), a procedência foi dado não notificado.

A idade de início da DC foi mais freqüente na faixa dos **escolares**, com 132 casos e freqüência de 41,0% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se os **lactentes** com 83 (25,8%), **pré-escolares** com 79 (24,5%), **púberes** com 21 (6,5%) e os **neonatos** com 07 casos e freqüência de 2,2% (ANEXO 5, QUADRO 8 e GRÁFICO 31). Em 53 prontuários (14,1%), este dado não foi encontrado.



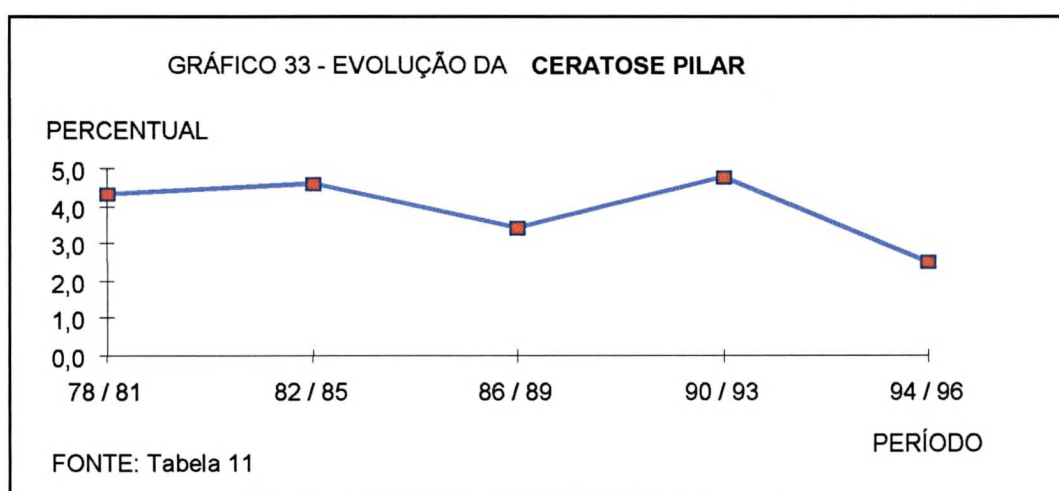
A idade na consulta foi mais freqüente entre os **escolares**, com 146 casos e freqüência de 40,7% ($p<0,001$), (QUADRO1), seguindo-se os **lactentes** com 89 (24,8%), **pré-escolares** com 86 (23,9 %) e **púberes** com 38 casos e freqüência de 10,6% (ANEXO 5, QUADRO 8 GRÁFICO 32). Não houve consultas de DC em **lactentes**. Em 16 casos (4,3%), este dado não foi encontrado.



Não houve variação importante quanto aos meses de consulta na DC.

4.3.8 CERATOSE PILAR (CP)

Foram identificados 372 casos de CP no período estudado, representando média de 3,7% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório neste período. A frequência de CP, nos diversos períodos cumulativos, variou de 2,5% a 4,8% sendo que houve aumento proporcional entre 1990 a 1994 e uma diminuição no período de 1994 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 33).

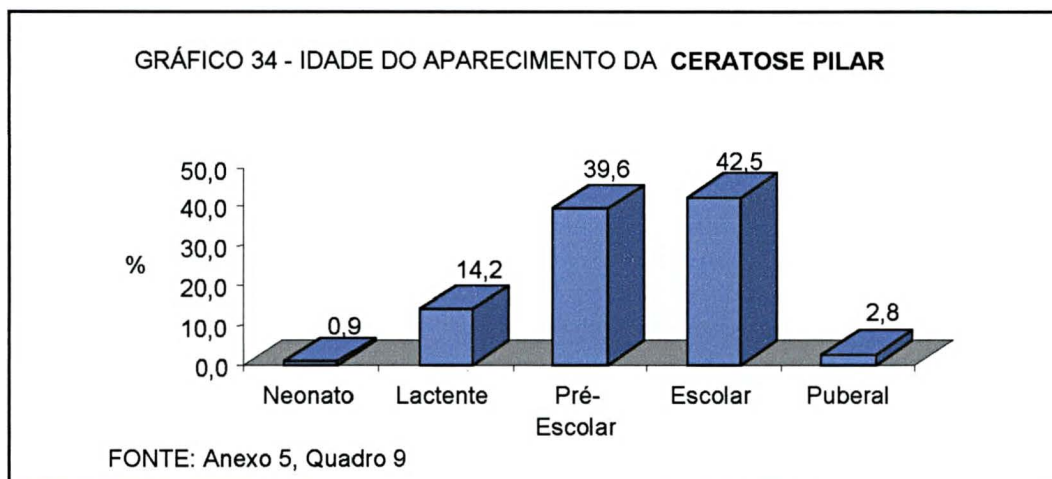


Embora não significativa, a diferença entre **sexos** mostrou predominância para o feminino com 202 casos (54,3 %). O **sexo** masculino contribuiu com 170 casos (45,7 %) (ANEXO 5, QUADRO 9).

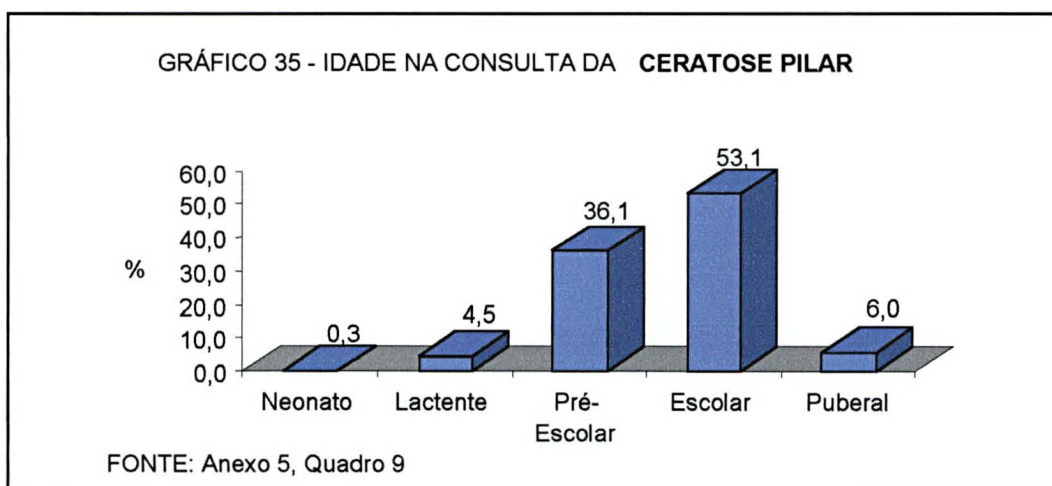
A **cor** branca foi a mais freqüente, com 306 casos e freqüência de 90,0 % ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 21 (6,2%), preta com 11 (3,2%) e amarela com 2 casos e freqüência de 0,6% (ANEXO 5, QUADRO 9). Em 32 casos (8,6%), a **cor** foi dado não encontrado.

A **procedência** maior foi de pacientes do Estado do Paraná com 98,6% ($p < 0,001$), (QUADRO 1) e de Curitiba com 185 casos e freqüência de 54,4% ($p < 0,001$) (QUADRO 1). Outros municípios da RMC contribuíram com 133 (39,1%), outros municípios do Paraná com 22 (6,5%) e 05 casos (1,4%) provenientes de outros Estados (ANEXO 5, QUADRO 9). A procedência foi dado não encontrado em 27 casos (7,2%).

A idade de início da CP predominou na faixa etária **escolar**, com 135 casos e frequência de 42,5% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a **pré-escolar** com 126 (39,6%), **lactentes** com 45 (14,2%) e **neonatos** com 03 casos e frequência de 0,9%, e **puberal** com 09 casos (2,8%), (ANEXO 5, QUADRO 9 e GRÁFICO 34). Em 54 casos (14,5%) a idade de aparecimento da dermatose foi omitida do prontuário.



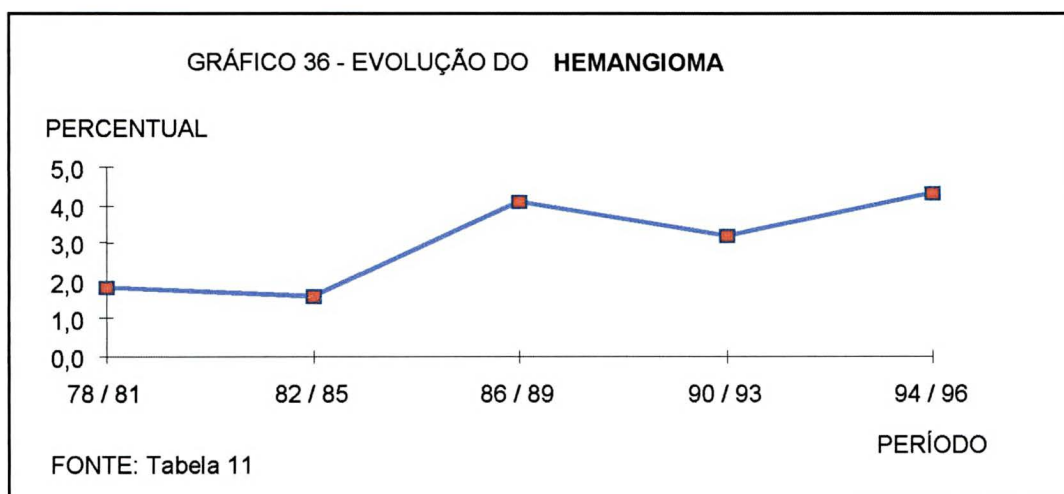
A idade na consulta foi maior na faixa etária **escolar**, com 187 casos e frequência de 53,1% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a idade **pré-escolar** com 127 (36,1%), **puberal** com 21 (6,0%), **lactente** com 16 (4,5%) e a **neonatal** com 01 caso e frequência de 0,3% (ANEXO 5, QUADRO 9 e GRÁFICO 35). Em 20 casos (5,4%), este dado não foi encontrado.



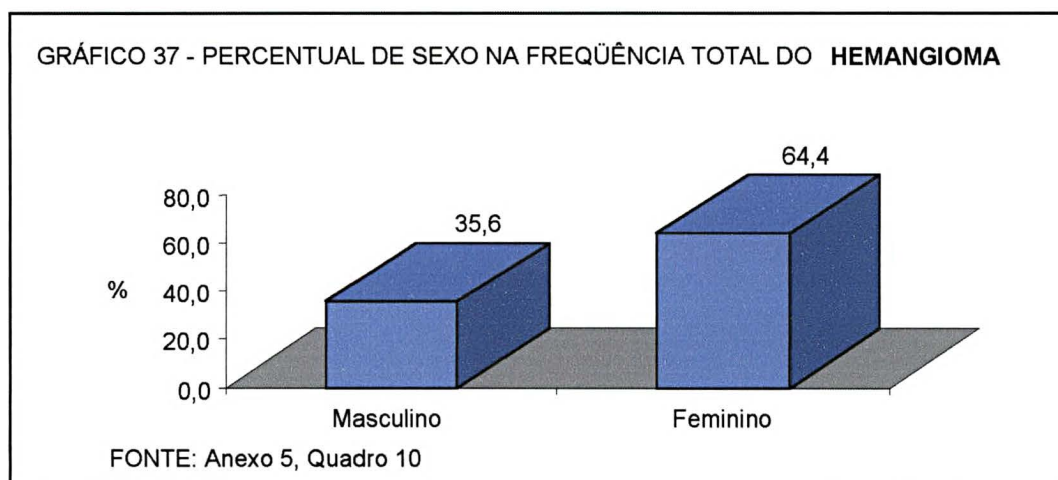
A consulta por CP não predominou em nenhum dos meses. Em 07 casos (1,9%), o mês da consulta foi dado não encontrado.

4.3.9 HEMANGIOMA (H)

No período estudado foram identificados 349 casos de H, representando média de 3,5% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório. A frequência de H, nos diversos períodos cumulativos, variou de 1,6% a 4,3% sendo que houve aumento proporcional entre 1982 e 1990 e uma queda nos anos seguintes. A frequência de H voltou a aumentar no período de 1994 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 36).



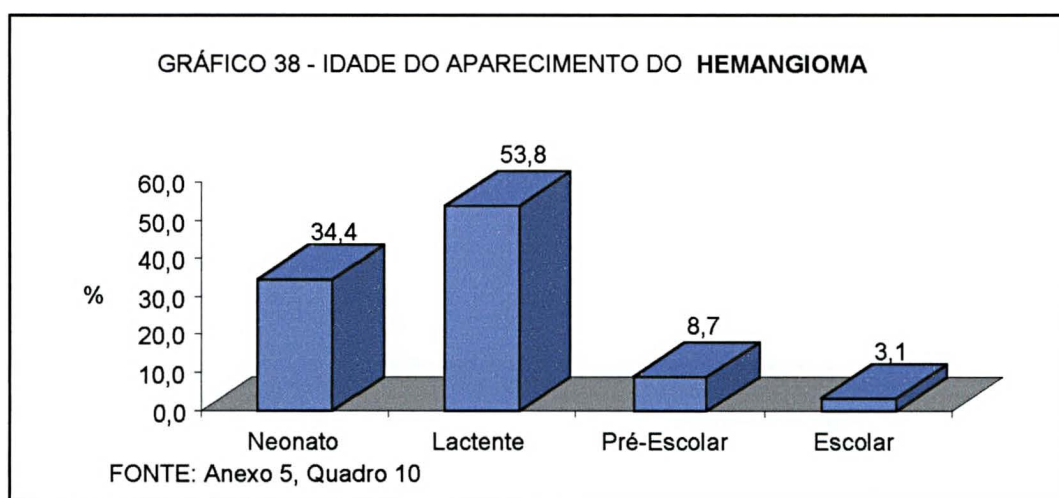
Para esta dermatose, o número de pacientes do **sexo** feminino foi maior, com 224 casos e frequência de 64,4% ($p < 0,001$), (QUADRO 1) em relação ao masculino (124 casos e frequência de 35,6%), (ANEXO 5, QUADRO 10 e GRÁFICO 37). Somente um caso não teve a especificação do **sexo** registrada no prontuário.



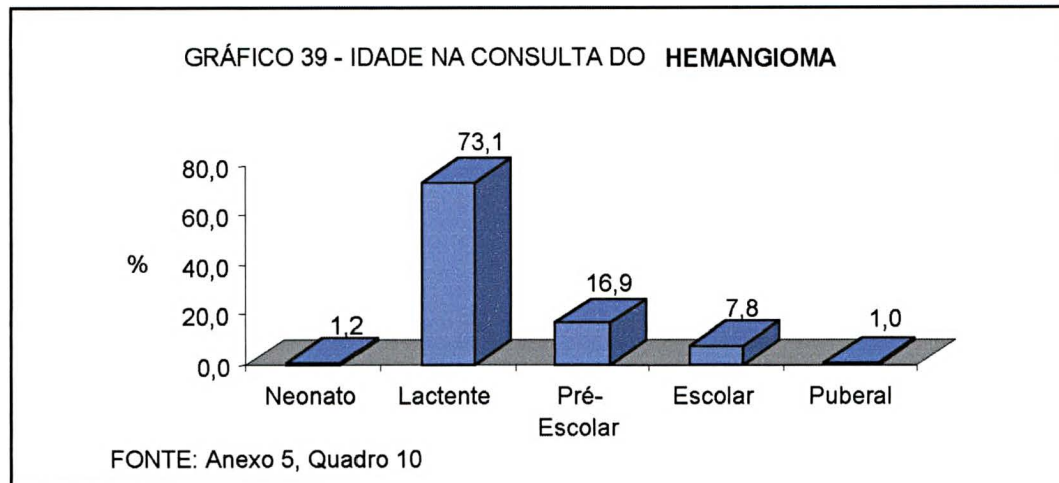
A **cor** branca predominou com 311 casos e frequência de 95,4% ($p<0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 12 (3,7%) e a preta com 02 casos e frequência de 0,6%, houve 01 caso da **cor** amarela (0,3%). Em 14 prontuários (5,5%) a cor foi dado não encontrado. (ANEXO 5, QUADRO 10).

O maior número de casos teve como **procedência** o Estado do Paraná com 90,1% ($p<0,001$), (QUADRO 1) e a cidade de Curitiba com 117 casos e frequência de 40,3% ($p<0,001$), (QUADRO 1). A RMC contribuiu com 107 (36,9%), outros municípios do Estado do Paraná com 66 (22,8%) e outros Estados com 32 casos e frequência de 9,9% (ANEXO 5, QUADRO 10). A **procedência** foi dado não encontrado em 27 casos (7,7%).

A idade de início do H predominou na faixa etária de **lactente** com 86 casos e frequência de 53,8% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se os **neonatos** com 55 (34,4%), **pré-escolares** com 14 (8,7%) e **escolares** com 05 casos e frequência de 3,1% (ANEXO 5, QUADRO 10 e GRÁFICO 38). Não houve casos de início de H na idade **puberal**. Em 149 casos (58,9%), a idade de aparecimento do hemangioma não foi notificada.



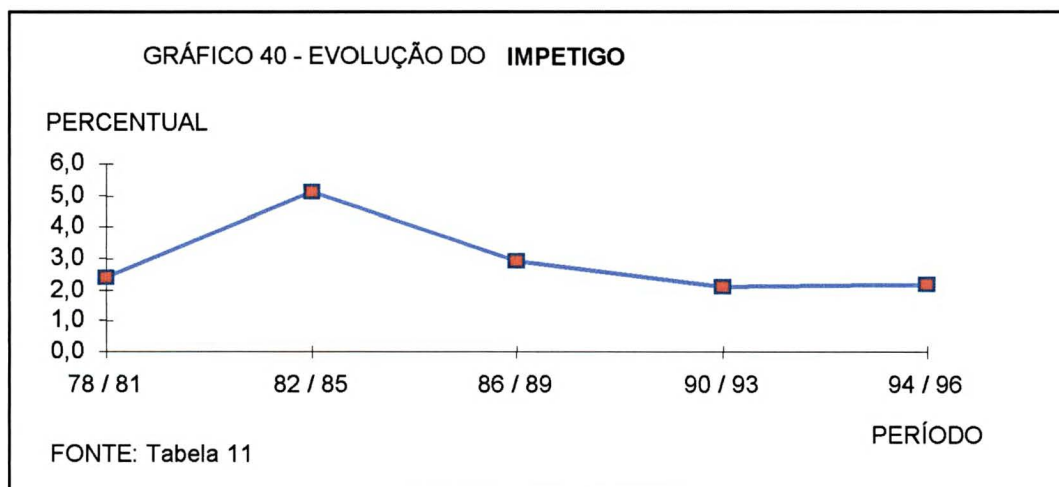
A idade na consulta teve predomínio na faixa dos **lactentes**, com 242 casos e frequência de 73,1% ($p<0,001$), (QUADRO1), seguindo-se dos **pré-escolares** com 56 (16,9%), **escolares** com 26 (7,8%), **neonatos** com 04 (1,2%) e **púberes** com 03 casos e frequência de 1% (ANEXO 5, QUADRO 10 e GRÁFICO 39). A idade na consulta foi dado não encontrado em 12 casos (4,8%).



Não houve predomínio de consultas por H, com significância estatística, em nenhum dos meses. O mês da consulta foi dado não encontrado em 3 casos (1,3%).

4.3.10 IMPETIGO (I)

Foram identificados 274 casos de I no período estudado representando média de 2,7% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório. A frequência de I, nos diversos períodos cumulativos, variou de 2,4% a 5,1%, sendo que houve redução proporcional nos períodos entre 1982 e 1994 (TABELA 11 e GRÁFICO 40).

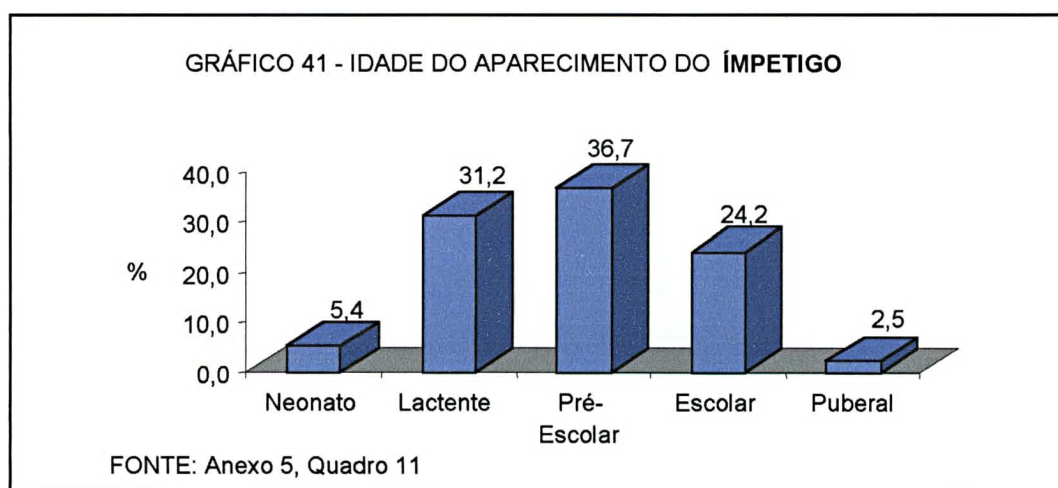


Quanto ao **sexo** houve predominância do **sexo** masculino, com 145 casos (52,9%), em relação ao feminino, com 129 casos (47,1%). A diferença, contudo, não foi estatisticamente significativa.

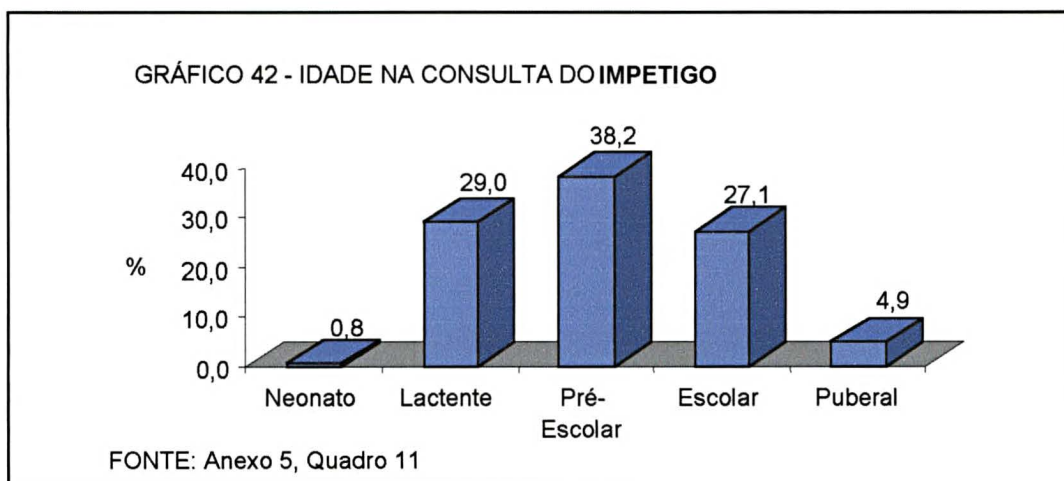
A **cor** branca predominou com 228 casos e frequência de 91,6% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 14 (5,6%) e a preta com 07 casos 2,8% (ANEXO 5, QUADRO 11). Na **cor** amarela não ocorreu casos de I. A **cor** foi dado não encontrado em 24 casos (9,6%).

Quanto à **procedência** o Estado do Paraná teve frequência de 95,2% ($p < 0,001$), (QUADRO 1) e a cidade de Curitiba apresentou 130 casos e frequência de 54,2% ($p < 0,001$) (QUADRO 1). Outros municípios da RMC contribuíram com 94 casos (39,2%), outros municípios do Paraná com 16 (6,6%) e outros Estados do país com 12 casos e frequência de 4,8% (ANEXO 5, QUADRO 11). A **procedência** foi dado não registrado em 21 casos (8,4%).

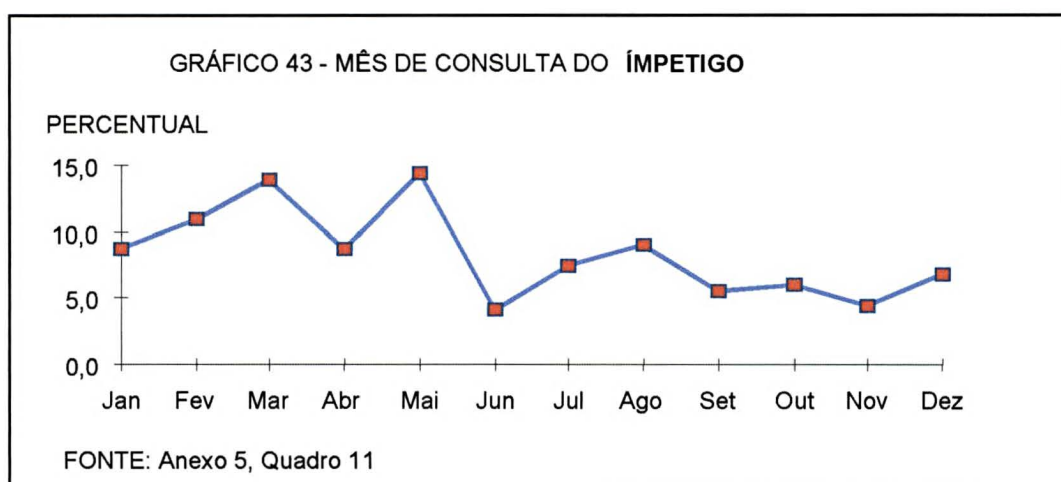
A idade de início do I predominou na faixa dos **pré-escolares** com 88 casos e frequência de 36,7% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se os **lactentes** com 75 (31,2%), **escolares** com 58 (24,2%), **neonatos** com 13 (5,4%) e **puberal** com 6 casos e frequência de 2,5% (ANEXO 5, QUADRO 11 e GRÁFICO 41). O dado de início do I não foi encontrado em 31 casos (12,3%).



Para o dado idade na consulta, predominou a faixa **pré-escolar** com 100 casos e frequência de 38,2% ($p < 0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a **escolar** 71 casos (27,1%), **lactentes** com 76 (29,0%) e **puberal** com 13 casos 4,9% e **neonatal** 02 (0,8%), (ANEXO 5, QUADRO 11 e GRÁFICO 42). Em 12 casos (4,8%), a idade do diagnóstico foi dado não encontrado.

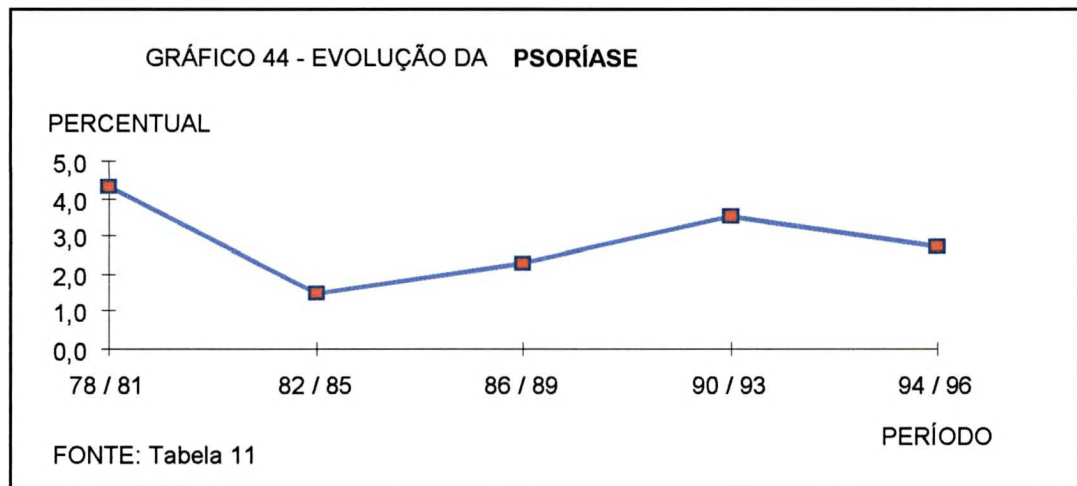


Houve um maior número de consultas de janeiro a maio, com maior frequência em maio com 14,3% ($p < 0,005$) (QUADRO 1, ANEXO 5, QUADRO 11 e GRÁFICO 43).



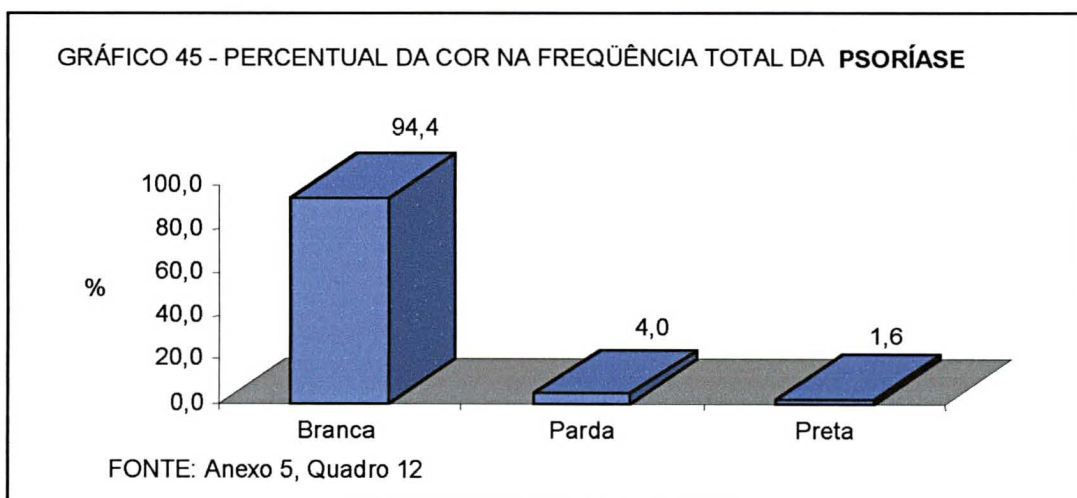
4.3.11 PSORÍASE (P)

Foram identificados 266 casos de P ao longo dos 19 anos estudados representando média de 2,7% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório neste período. A frequência de P, nos diversos períodos cumulativos, variou de 1,5% a 4,3%, sendo que houve aumento proporcional da frequência de casos no período entre 1986 e 1994, com discreta diminuição de 1994 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 44).



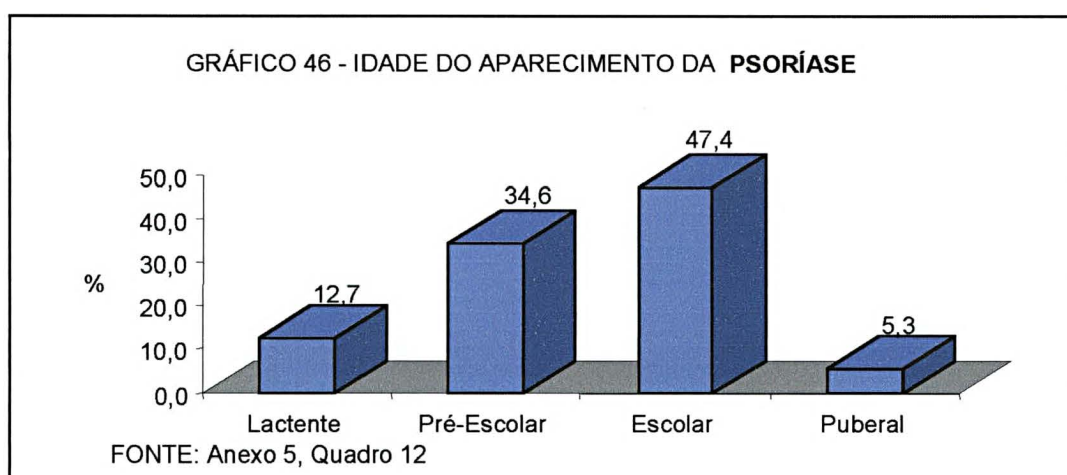
O **sexo** feminino contribuiu com 147 casos (55,3%), e o masculino com 119 (44,7%), (QUADRO 1 e ANEXO 5, QUADRO 12).

A **cor** branca foi a mais frequente com 236 casos e frequência de (94,4%), ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se a parda com 10 casos (4,0%) e a preta com 4 casos e frequência de 1,6% (ANEXO 5, QUADRO 12 e GRÁFICO 45). Não houve registro de casos da **cor** amarela para esta dermatose.

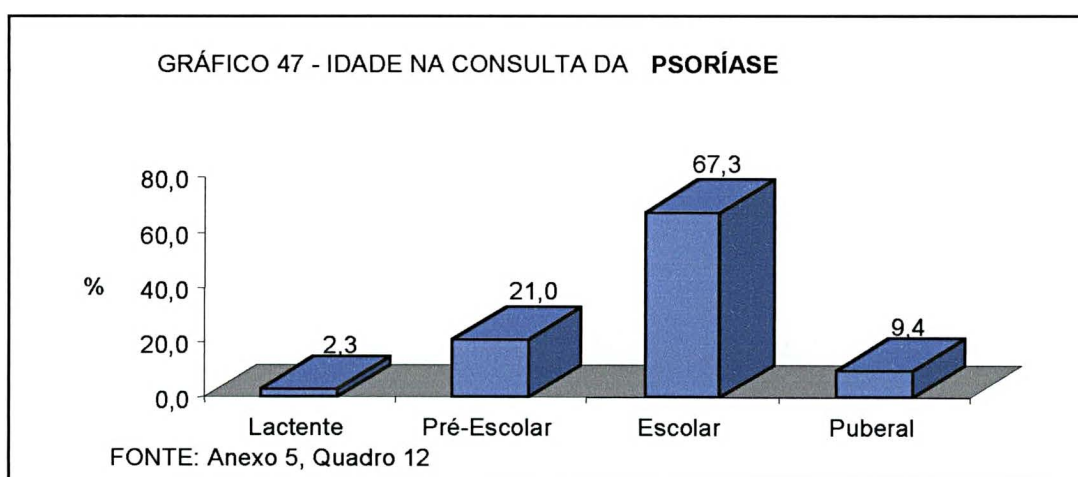


Em nosso estudo, o Estado do Paraná apresentou a maior frequência (95,2%), ($p<0,001$), (QUADRO 1) com relação à **procedência** dos pacientes. A maioria tinha origem na cidade de Curitiba (136 casos e frequência de 56,9%), ($p<0,001$), (QUADRO 1). A RMC contribuiu com 79 casos (33,1%), outros municípios do Paraná com 24 (10%) e outros Estados com 12 casos (4,8%), (ANEXO 5, QUADRO 12).

A idade mais frequente de início da P foi a da faixa **escolar** com 108 casos e frequência de 47,4% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguida da **pré-escolar** com 79 (34,6%), **lactente** com 29 (12,7%) e **puberal** com 12 casos 5,3% (QUADRO 1 e ANEXO 5, QUADRO 12 e GRÁFICO 46).



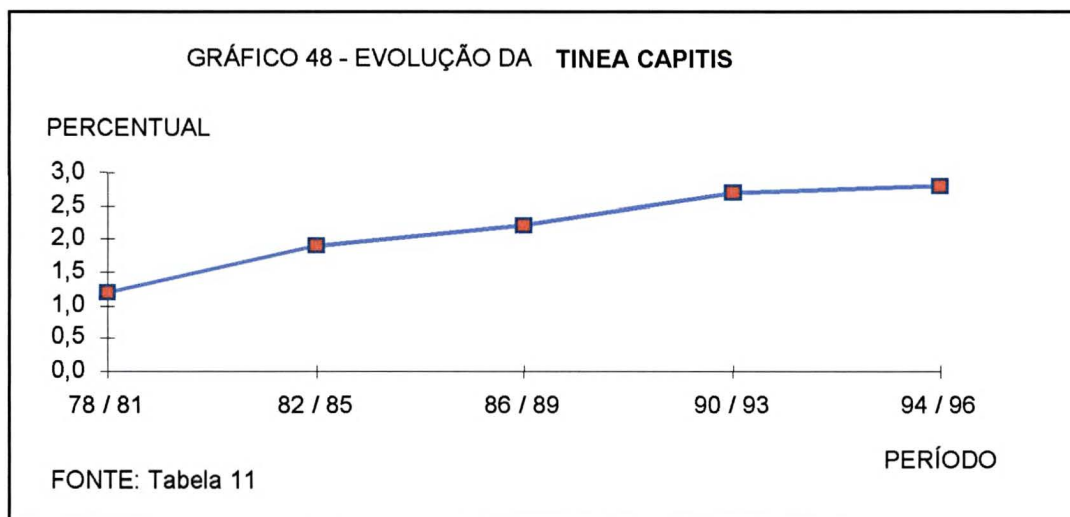
A idade mais frequente por ocasião da consulta foi a faixa **escolar** com 173 casos e frequência de 67,3% ($p<0,001$) (QUADRO 1), seguida da **pré-escolar** com 54 casos (21,0%), **puberal** com 24 (9,4%) e **lactente** com 06 casos 2,3%, (ANEXO 5, QUADRO 12 e GRÁFICO 47). Não houve consultas de P no período **neonatal**.



Embora sem significância estatística houve maior frequência de consultas de P nos **meses** de julho (13,5%).

4.3.12 TINEA CAPITIS (TC)

Foram identificados 248 casos de TC representando média de 2,5% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório neste período de estudo. A frequência de TC, nos diversos períodos cumulativos, variou de 1,2% a 2,8% sendo que houve aumento proporcional da frequência de casos no período de 1978 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 48).

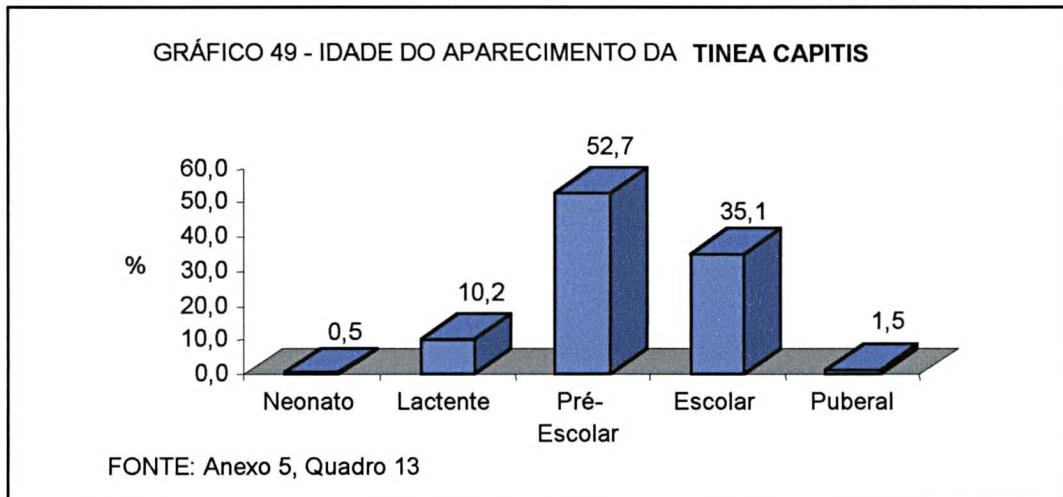


O **sexo** masculino predominou com 133 casos (53,6%). O feminino apresentou 115 (46,4%). A diferença entre sexos, contudo, não mostrou ser estatisticamente significativa para $p < 0,05$.

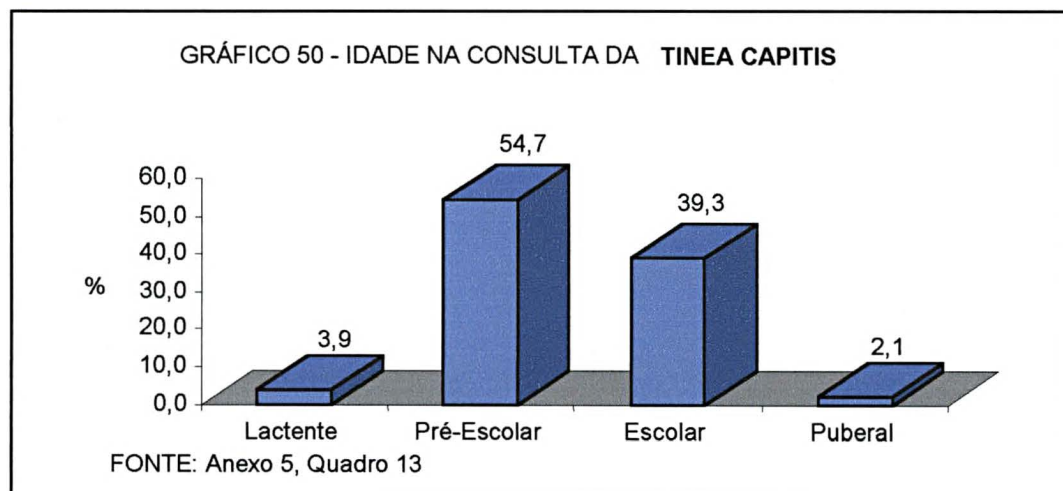
A **cor** branca foi a mais notificada com 211 casos e frequência de 93,8% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se da parda com 11 (4,9%), preta com 02 (0,9%) e amarela com 01 caso (0,4%), (ANEXO 5, QUADRO 13). Em 23 casos (9,3%), o dado **cor** não foi encontrado.

A **procedência** do Estado do Paraná foi de 223 casos (98,2%), ($p < 0,001$), (QUADRO 1). A cidade de Curitiba contribuiu com 111 casos e frequência de 49,8% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), a RMC com 45,7%, 10 casos (4,5%) vieram de outros municípios do Paraná e 04 (1,8%) de outros Estados (ANEXO 5, QUADRO 13). Em 21 casos (8,5%), o dado **procedência** não foi encontrado.

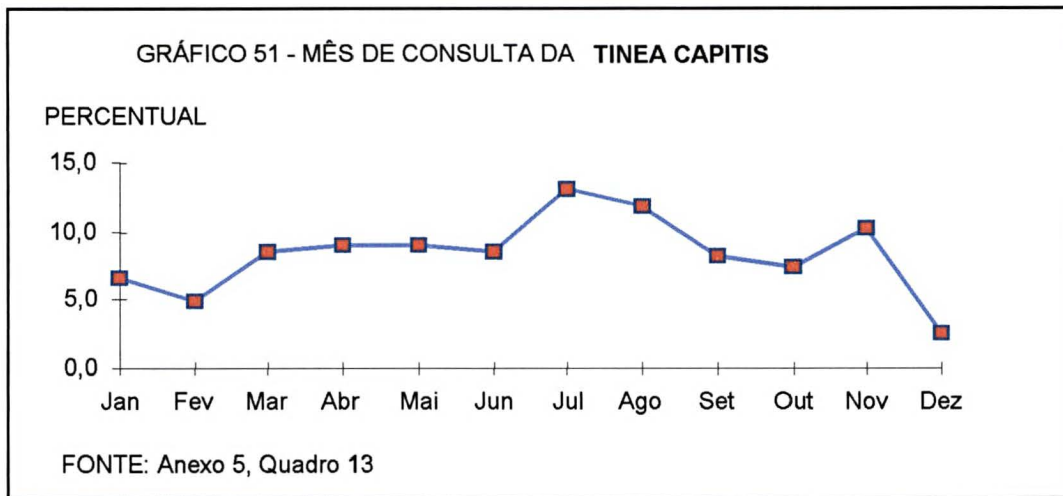
A idade mais freqüente de início da TC ficou entre os **pré-escolares**, com 108 casos e freqüência de 52,7% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguindo-se os **escolares** com 72 (35,1%), **lactentes** com 21 (10,2%), **puberal** com 03 (1,5%) e **neonatos** com 01 caso (0,5%), (ANEXO 5, QUADRO 13 e GRÁFICO 49). As idades de início da dermatose não foram relatadas em 43 pacientes (17,3%).



A idade do paciente na consulta para TC predominou na faixa etária **pré-escolar**, com 128 casos e freqüência de 54,7% ($p<0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a **escolar** com 92 (39,3%), **lactente** com 09 (3,9%) e **puberal** com 05 casos e freqüência de 2,1% (ANEXO 5, QUADRO 13 e GRÁFICO 50). Não houve casos de consultas por TC na idade **neonatal**. A idade no diagnóstico não foi encontrada em 14 casos (5,7%).

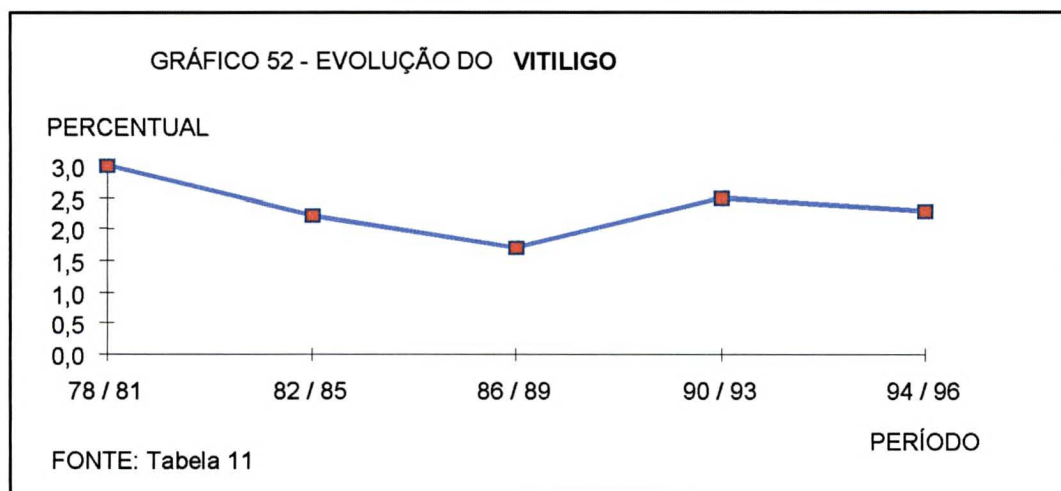


Houve um maior número de consultas no **mês** de Julho, com frequência de 13,1% ($p < 0,01$), (QUADRO 1, ANEXO 5, QUADRO 13 e GRÁFICO 51).

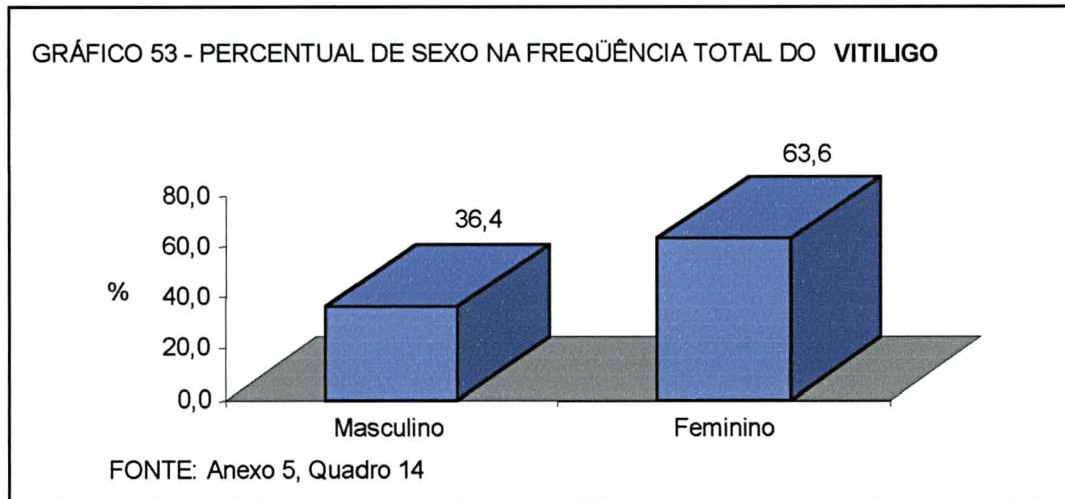


4.3.13 VITILIGO (V)

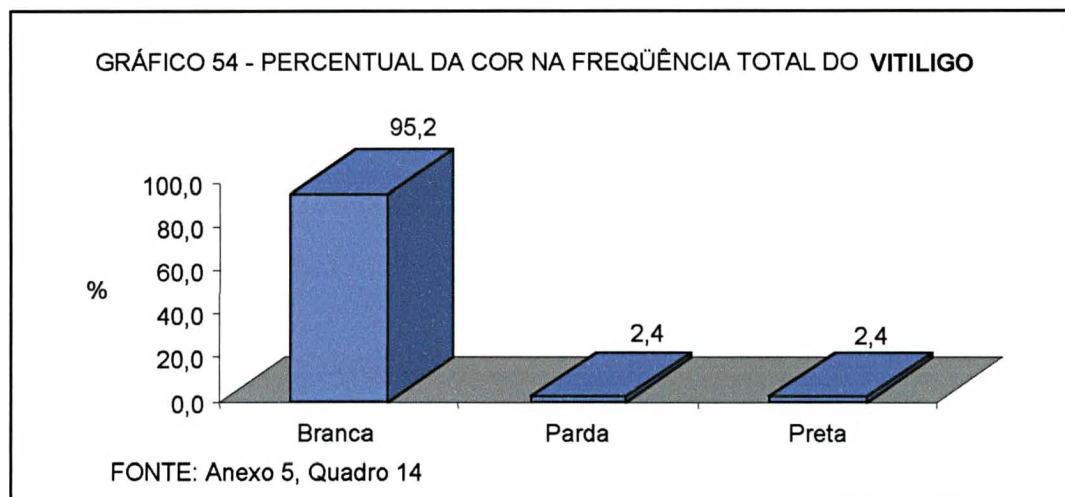
Foram identificados 220 casos de V no período de estudo de 19 anos, representando média de 2,2% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório. A frequência de V, nos diversos períodos cumulativos, variou de 1,7% a 3,0%, sendo que houve pouca variação na frequência proporcional, com redução entre 1978 a 1990 e discreto aumento, com estabilização, entre 1990 a 1996 (TABELA 11 e GRÁFICO 52).



No **sexo** feminino teve maior número de casos, a saber 140 (63,6%), ($p<0,001$), em relação ao masculino (80 casos e frequência de 36,4%), (QUADRO 1 e ANEXO 5, QUADRO 14 e GRÁFICO 53).

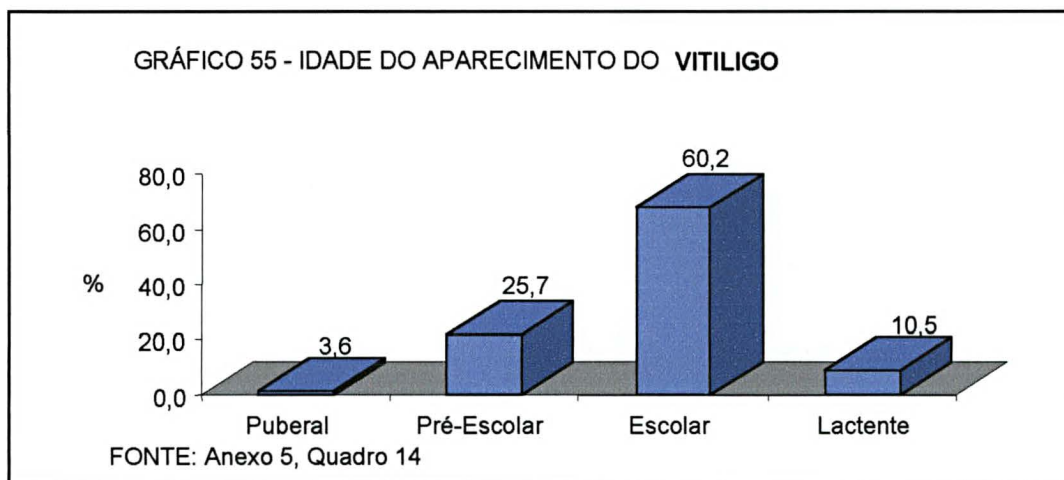


A **cor** branca predominou com 195 casos e frequência de 95,2% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguida da parda e preta com 5 casos e frequência de 2,4% (ANEXO 5, QUADRO 14). Não houve casos da **cor** amarela. (GRÁFICO 54).

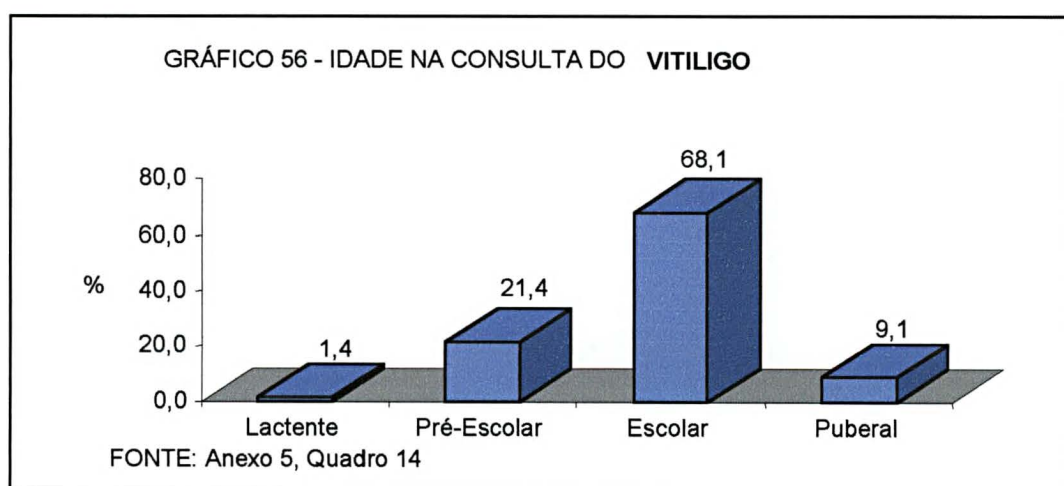


A procedência do Estado do Paraná foi de 185 casos e frequência de 89,4% ($p<0,001$), (QUADRO 1), principalmente da cidade de Curitiba que contribuiu com 86 casos e frequência de 46,5% (QUADRO 1), seguindo-se a RMC com 63 (34,1%), outros municípios do Paraná 36 (19,4%) e outros Estados com 22 casos (10,6%), (ANEXO 5, QUADRO 14).

A idade de início de V predominou na faixa **escolar** com 115 casos e frequência de 60,2% ($p<0,001$) (QUADRO 1), seguido da **pré-escolar** com 49 (25,7%), **lactente** com 20 (10,5%) e **puberal** com 07 casos (3,6%), (ANEXO 5, QUADRO 14 e GRÁFICO 55). Não houve casos de início do V no período **neonatal**.



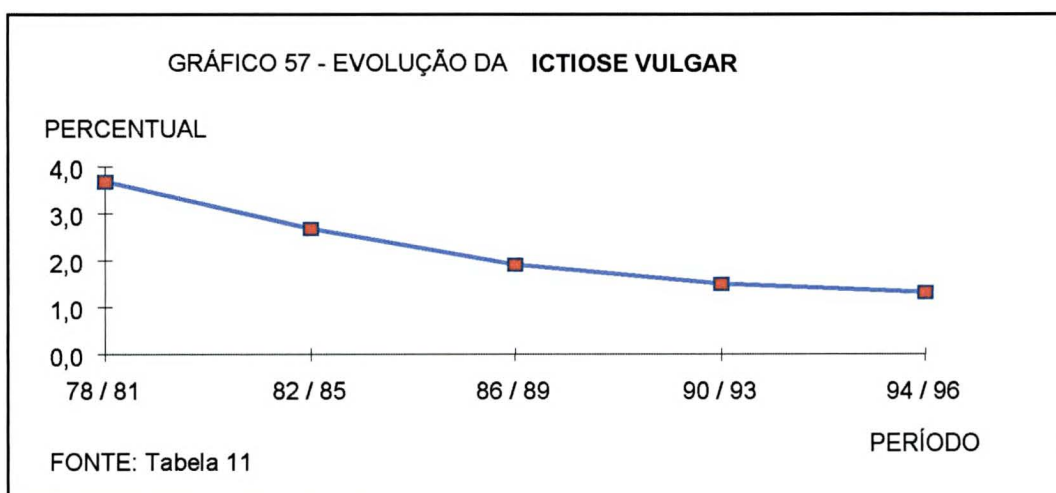
A idade, na consulta, mais frequente foi a faixa **escolar**, com 143 casos e frequência de 68,1% ($p<0,001$), (QUADRO 1), seguida da **pré-escolar** com 45 (21,4%), **puberal** com 19 (9,1%) e **lactente** com 3 casos e frequência de 1,4% (ANEXO 5, QUADRO 14 e GRÁFICO 56). Não houve casos de consulta por V na idade **neonatal**. Em 9 casos (5,0%), o dado **idade na consulta** não foi encontrado.



O dado **mês** não foi encontrado em 6 casos (3,4%).

4.3.14 ICTIOSE VULGAR (IV)

Foram identificados 177 casos de IV no período de 19 anos, representando média de 1,8% de todas as dermatoses diagnosticadas no ambulatório. A frequência de IV nos diversos períodos cumulativos, variou de 3,7% a 1,3%, sendo que a proporção de casos decresceu entre 1982 e 1996 e manteve-se mais baixa até o final (GRÁFICO 57).

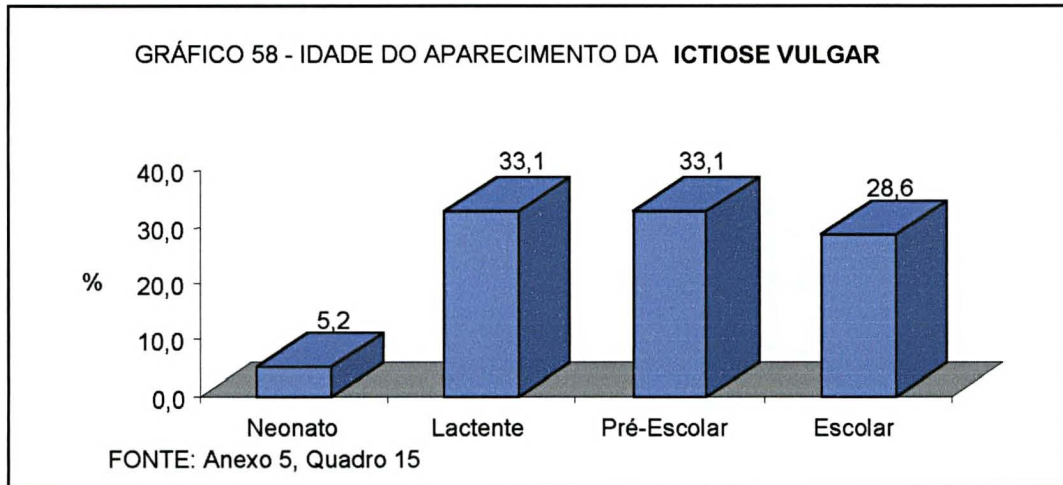


Para IV houve maior número de casos do **sexo** masculino (101 - 57,1%) que do feminino (76- 42,9%), sem significância estatística.

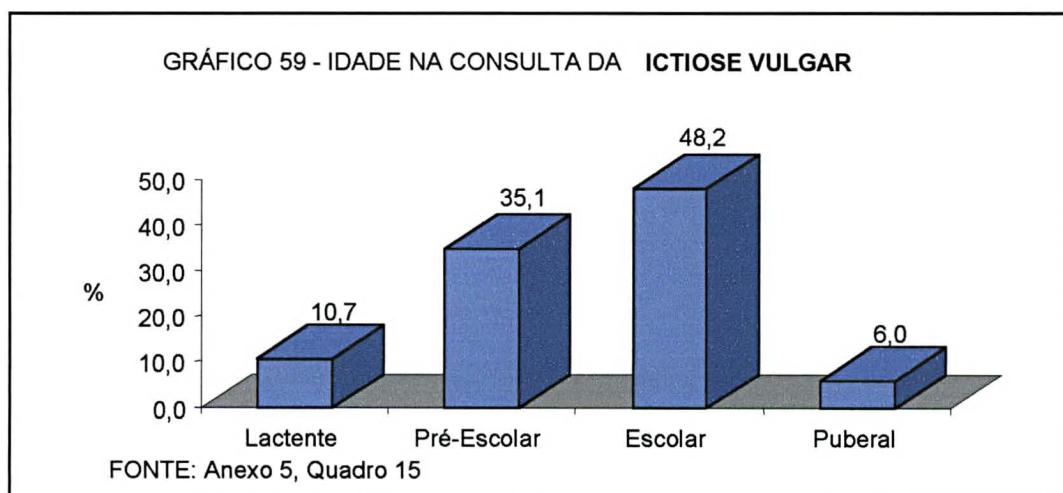
A **cor** branca predominou com 139 casos e frequência de 88% ($p < 0,001$) (QUADRO 1), seguida da parda com 15 (9,5%) e preta com 04 casos e 2,5% (ANEXO 5, QUADRO 15). Não houve casos da **cor** amarela para IV.

A **procedência** maior foi do Estado do Paraná com 95,7% ($p < 0,001$), (QUADRO 1) e cidade de Curitiba com 53,2% ($p < 0,001$), (QUADRO 1); seguindo-se a RMC com 62 (40,3%), outros municípios do Paraná com 10 (6,5%) e outros Estados com 07 casos (4,3%), (ANEXO 5, QUADRO 15).

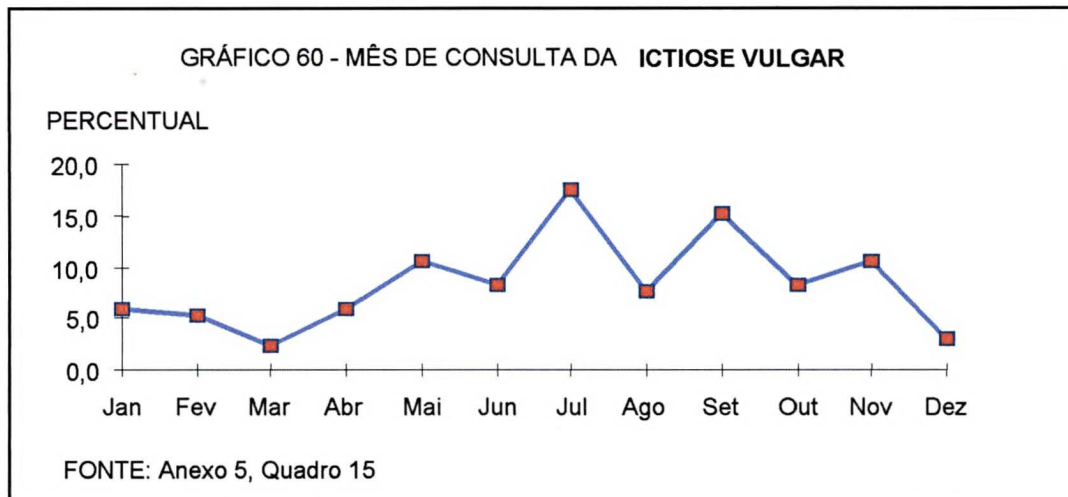
A idade de início predominou entre os **lactentes** com 38 casos e frequência de 33,1% ($p<0,001$), (QUADRO 1) e **pré-escolares** com 38 e 33,1% ($p<0,001$), seguidos dos **escolares** com 33 (28,6%) e **neonatos** com 06 casos (5,2%), (ANEXO 5, QUADRO 15 e GRÁFICO 58).



A idade na consulta predominou nos **escolares** com 81 casos e frequência de 48,2% ($p<0,001$) (QUADRO 1), seguindo-se a dos **pré-escolares** com 59 (35,1%), **lactentes** com 18 (10,7%) e **puberal** com 10 casos e frequência de 6,0% (ANEXO 5, QUADRO 15 e GRÁFICO 59). Não houve consultas no período **neonatal**. Em 10 casos (4,5%), o dado **idade na consulta** não foi encontrado.

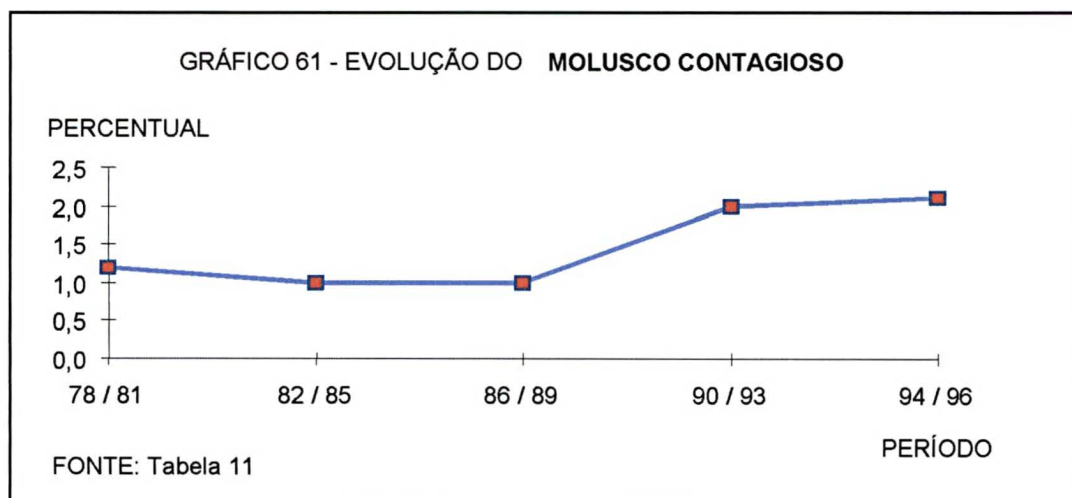


O mês que predominou por consultas de IV foi julho, com frequência de 17,5% ($p < 0,005$), (QUADRO 1, ANEXO 5, QUADRO 15 e GRÁFICO 60).



4.3.15 MOLUSCO CONTAGIOSO (MC)

Foram identificados 161 casos de MC no período estudado de 19 anos, representando média de 1,6% de todas as dermatoses aqui descritas. A frequência de MC, nos diversos períodos cumulativos, variou de 1,0% a 2,1%, sendo que houve aumento proporcional de 1990 a 1994 (TABELA 11 e GRÁFICO 61).

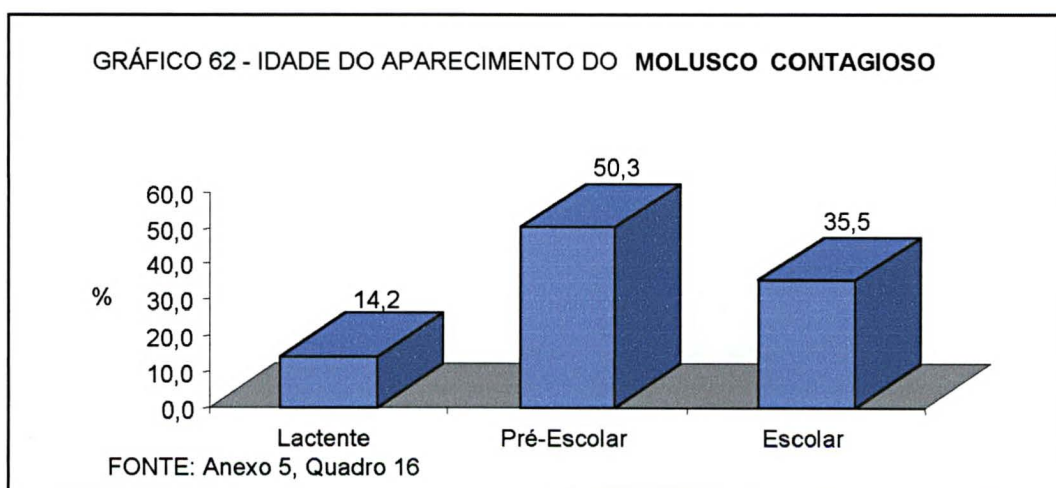


O **sexo** feminino teve 89 casos (55,3%) e o masculino 72 (44,7%). A diferença entre sexos não foi estatisticamente significativa para MC.

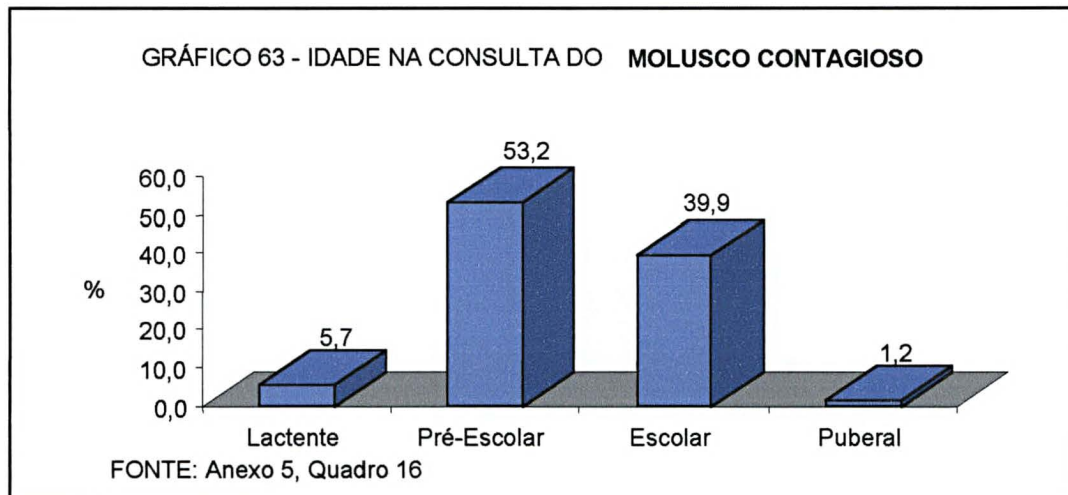
A **cor** branca predominou com 144 casos e frequência de 97,2% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguida da parda com 02 (1,4%) e preta com 02 casos e frequência de 1,4% (ANEXO 5, QUADRO 16). Não houve casos de MC na **cor** amarela. Em 13 casos (8%), o dado **cor** não foi encontrado.

Quanto à **procedência** foram notificados 145 casos (96,0%) ($p < 0,001$), (QUADRO 1) oriundos do Estado do Paraná. Destes, 86, com frequência de 59,3% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), eram da cidade de Curitiba, 50 (34,5%) da RMC, e 09 (6,2%) de outros municípios do Paraná. Outros estados contribuíram com 06 casos (4,0%) (ANEXO 5, QUADRO 16). Em 10 casos de MC (6,2%), o dado **procedência** não foi encontrado.

A idade de início do MC predominou nos **pré-escolares** com 71 casos e frequência de 50,3% ($p < 0,001$), (QUADRO 1), seguida dos **escolares** com 50 (35,5%) e **lactente** com 20 casos e frequência de 14,2% (ANEXO 5, QUADRO 16 e GRÁFICO 62). Em 20 casos (14,2%), a **idade de início** do MC não foi encontrada.



A idade na consulta predominou nos **pré-escolares**, com 84 casos e frequência de 53,2% ($p < 0,001$), (QUADRO1), seguida dos **escolares** com 63 (39,9%), **lactente** com 09 (5,7%) e **puberal** com 02 casos e frequência de 1,2% (ANEXO 5: QUADRO 16 e GRÁFICO 63). Não houve casos de consulta por MC na idade **neonatal**. Em 3 casos (1,9%, o dado **idade** na consulta não foi encontrado.



Não houve grandes variações no número de consultas nos **meses** analisados. O dado **mês** de consulta por MC, não foi encontrado em 2 casos (1,2%).

5 DISCUSSÃO GERAL

5.1 ACHADOS GERAIS

Este foi o primeiro estudo epidemiológico em doenças de pele na faixa etária pediátrica realizado no Estado do Paraná. A frequência das dermatoses na criança foi analisada através de estudo retrospectivo dos 19 anos do Serviço de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Neste período de estudo foram examinadas 7.561 crianças com doenças de pele, perfazendo um total de 9.989 diagnósticos. Estudos similares demonstraram um volume maior de atendimento em menor tempo. Houve um número menor de pacientes comparado a outros estudos, como o realizado na Cidade do México, com 10 mil crianças e um total de 10.848 diagnósticos, em 4 anos (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Na África do Sul foram vistas, em hospital e clínica particular, 9.877 crianças da cor branca, perfazendo 10 mil diagnósticos (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974). Em São Paulo, em um hospital pediátrico, por um período de 2 anos, foram feitas 4.586 consultas e 2.104 diagnósticos entre as 10 dermatoses mais frequentes, também com volume de atendimento maior em menor tempo comparado ao nosso estudo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996). Em Cingapura, em clínica de pele, foram vistas 9.273 crianças em 2 anos (GOH, AKARAPANTH, 1994); no Rio de Janeiro, em hospital infantil, foram vistas 1.161 crianças, perfazendo um total de 1.310 diagnósticos em 20 meses (LOWY, 1964); no estado de Virgínia- EUA, por um período de 6 semanas, foram vistas 1.547 crianças, das quais 235 tinham alguma alteração de pele (HAYDEN, 1985). Na cidade de Miami - USA, em clinica de dermatologia pediátrica, foram vistas 1.578 crianças, com 154 doenças de pele em 2 anos (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Nos 19 anos o ambulatório de Dermatologia Pediátrica foi responsável por 1,47% de todo o atendimento ambulatorial da Pediatria do HC-UFPR. Notou-se um aumento proporcional (2,4%), do atendimento na especialidade, principalmente no período de 1994 a 1996 (ANEXO 5, TABELA 13).

5.2 SEXO

Em nosso estudo, dos 7.561 pacientes, houve predomínio do **sexo** feminino ($p < 0,001$), em relação ao masculino, na proporção de 1,1:1. Estes achados foram semelhantes aos da África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Proporção de 1:1 foi registrada em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996) e Cingapura (GOH, AKARAPANTH, 1994). Na Cidade do México, diferentemente do nosso estudo houve predomínio do **sexo** masculino (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Uma possível explicação para o predomínio do **sexo** feminino, verificado em nosso estudo, é que meninas e adolescentes buscariam mais o tratamento das lesões de pele por questão de estética. Não temos explicações para o predomínio do **sexo** masculino no período acumulado entre 1982 e 1985.

5.3 COR

No Estado do Paraná a raça branca corresponde a 75,3% da população, a parda 22,1%, preta 1,6% e amarela 1,0% (IBGE - Censo Demográfico de 1995). Desde que a freqüência de dermatoses em pessoas da **cor** branca (93,3%), nesse estudo, foi muito superior a da população branca no Estado do Paraná, pode-se sugerir que estas dermatoses foram mais freqüentes na **cor** branca. Na cidade de Miami houve predomínio da **cor** preta em relação a branca, diferentemente do nosso estudo, mas refletindo provavelmente, características daquela região dos Estados Unidos (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Houve melhora do registro do dado **cor** nos últimos 6 anos, tanto em prontuários como em fichas de admissão dos pacientes do ambulatório.

5.4 IDADE NA CONSULTA

Em nosso estudo, a faixa **escolar** predominou, com média de 39,8%. Achados semelhantes aos do estudo foram os da Cidade do México, com 3.684 casos (34,0%) de **escolares**, 2.895 (26,7%), de **pré-escolares**, 2.668 (24,6%), de **lactentes**, 1.533 (14,1%), de **adolescentes** e 58 (0,53%) de **recém-nascidos** (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Na África do Sul houve maior número de dermatoses acima dos 2 anos de idade, não sendo mostrada grande variação no número total de casos depois dos 5 anos (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974).

Em São Paulo, houve predomínio da faixa **pré-escolar** com 679 casos, seguindo-se os **neonatos** e **lactentes** com 668, **escolares** com 615 e **adolescentes** com 142 casos (LIMA, RODRIGUES, ROSMANIHO *et al.*, 1996). Em Cingapura, os dados mostraram que 3.144 (33,9%) eram menores de 6 anos, 2.897 (31,24%), estavam entre 6 e 10 anos e 3.232 (34,85%), entre 11 e 15 anos de idade (GOH, AKARAPANTH, 1994).

No estado de Virgínia- E.U.A a frequência maior foi entre 0 a 11 meses com 31,0%, de 1 a 4 anos representou 16,2%, de 5 a 9 anos 13,8% e acima de 10 anos, 18,1% (HAYDEN, 1985). Em Miami-E.U.A, predominaram os **lactentes** (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Comparando nossos estudos com os descritos nos E.U.A, apenas no período entre 1982 a 1985, tivemos número mais expressivo de **lactentes** do sexo masculino. Provavelmente, este baixo número de **lactentes** se deva ao fato de que pediatras em serviços de atenção primária e puericultura, saibam solucionar os problemas mais simples de pele desta faixa etária.

As primeiras 5 dermatoses mais frequentes na faixa etária pediátrica (idade na consulta do paciente), foram distribuídas por grupos:

Entre as dermatoses descritas em nosso estudo, comparadas ao estudo mexicano, houve coincidência em 2 dermatoses nos **neonatos**: a DS ficou em 1º lugar com 40,9% e Dermatite da área de fralda em 5º lugar (13,6%), sendo que no México a DS ficou em 3º (12,0%) e a Dermatite da área de fralda em 2º, com frequência de 19,0% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Nos **lactentes**, encontra-se a DA em 1º lugar com 24,2%, H em 2º (23,8%), E em 4º (17,0%) e PE em 5º (14,3%). Nos lactentes mexicanos de 1 mês a 1 ano, 4 dermatoses coincidiram e de 13 a 24 meses, 3 dermatoses. Lactentes de 1 mês a 1 ano apresentaram a E em 1º lugar com 16,1%, PE em 2º (14,7%), DA em 3º (13,2%) e H em 5º lugar, com 9,0%. Nos **lactentes** mexicanos de 13 a 24 meses o PE ficou em 1º lugar com 34,2%, DA em 2º (12%) e a E em 3º lugar com 11,4% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Nos **pré- escolares** houve coincidência de 3 dermatoses. A DA figurou em 1º lugar (41,4%), PE em 2º (20,6%) e PA em 5º com 9,1%. No México PE ficou em 1º lugar com 25,3%, DA em 2º (15,4%) e PA em 5º lugar, com 62% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Nos **escolares** houve coincidência em 2 dermatoses. A DA foi a mais freqüente com 33% e VV ficou em 2º (24,3%). No México VV em 1º lugar com 13,0% e DA em 2º, com 11,7% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Observamos grande freqüência de P (12,8%), nesta faixa etária em nosso estudo.

Nos **púberes** corresponderam 2 dermatoses. Neste estudo observam-se a DA em 2º lugar (21,7%) e a Acne em 4º (19,9%). No México a Acne ficou em 1º (15,9%) e DA em 3º com 11,3% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

5.5 PROCEDÊNCIA

O maior número de pacientes teve como **procedência** o Estado do Paraná e a cidade de Curitiba. Estes foram seguidos de outros municípios e de outros Estados. Somente uma caso era de outro país. Em São Paulo, a maior **procedência** foi da capital, seguindo-se as regiões metropolitanas da cidade de São Paulo, sobretudo de áreas pobres e de alta densidade demográfica (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996).

Na Cidade do México, o maior número de pacientes era proveniente da capital, seguidos de outras localidades e Estados da República Mexicana (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Os achados mostram que houve redução gradativa no percentual de pacientes que provinham da cidade de Curitiba e aumento dos oriundos de municípios da RMC. Esta constatação pode refletir a melhoria no sistema de registro do dado **procedência**, o aumento da população dos municípios, ou a deficiência nos serviços municipais de saúde e consequentemente, um maior número de encaminhamentos ao nosso ambulatório.

Nessa pesquisa verificou-se uma melhora, nos últimos períodos, no registro do dado **procedência**, de maneira semelhante ao dado **cor**.

5.6 DISTRIBUIÇÃO DAS DERMATOSES ENCONTRADAS POR AGRUPAMENTOS

Os 54,8% dos diagnósticos das dermatoses incluídos neste estudo foram, por ordem decrescente, assim distribuídos nos grupos: G (grupo) 17- Alterações cutâneas nos transtornos de reatividade alterada- dermatite eczematosa com 19,4%, G 1- Epiderme- alterações da diferenciação e cinética celular com 11,6%, G 26- Mordidas de animais, infestações e picadas de insetos com 11,1%, G 10- Alterações dos melanócitos com 10,6%, G 24- Doenças produzidas por Rickettsias e por vírus com comprometimento cutâneo com 7,1% e G 23- doenças micóticas com comprometimento cutâneo com 6,6%. No Rio de Janeiro, os grupamentos mais freqüentes foram grupo G17 (16,94%), G 26 (7,9%), G 23 (4,1%), G 24 (2,7%) e G 10 com 0,68% (LOWY,1964) e na cidade do México G 26 (26,8%), G 17 (20,2%), G 24 (9,8%), G 1 (6,2%), G 10 (2,9%), G 23 com 2,8% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

5.7 DISTRIBUIÇÃO DAS 15 DERMATOSES MAIS FREQUENTES NO PERÍODO DE 1978 A 1996.

As 15 dermatoses mais frequentes e pertinentes ao estudo foram comparadas à literatura (ANEXO 6, QUADRO A6).

A DA foi a dermatose de maior frequência no estudo (10,4%), achado semelhante ocorreu na África do Sul com 18,7% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974), Miami com 22,3% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e Cingapura com 49,4% (GOH, AKARAPANTH, 1994). A DA foi a 2ª mais frequente na cidade do México, com 12,9% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), em Virgínia com 9% (HAYDEN, 1985) e em São Paulo com 14 % (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996).

PE que ficou em 2º lugar no estudo (5,8%), obteve o 1º lugar na Cidade do México, com 16,3% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), o 4º em Cingapura, com 4,8% (GOH, AKARAPANTH, 1994), o 6º em São Paulo, com 10% (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996), o 7º na África do Sul, com 32% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e o 13º lugar na Virgínia (HAYDEN, 1985).

A dermatose VV ficou em 3º lugar no estudo, 2º na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974), 4º na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), 5º em Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e em 6º lugar em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996).

A PA que ganhou o 4º lugar no estudo, classificou-se em 3º em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996), 6º na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), 8º na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e 15º em Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

DS esteve em 5º lugar na Virgínia (HAYDEN, 1985), Estados Unidos, semelhante ao estudo, em 4º em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996), e Rio de Janeiro (LOWY, 1964) e 6º na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

A E, classificada no 6º lugar no estudo, em 1º em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996), Ganhou o 3º lugar na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), o 10º na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e o 14º em Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

A DC, no estudo esteve em 7º lugar, semelhante a Virgínia- E.U.A (HAYDEN, 1985). Na Cidade do México, a DS ficou em 15º lugar (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

CP 8º lugar, no estudo, não pôde ser comparada a literatura.

H, 9º lugar no serviço, ficou em e 12º na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977) e África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974).

A Dermatose I, que obteve o 10º lugar no serviço, ficou em 10º no Rio de Janeiro (LOWY, 1964), 2º em Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), 3º na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e Virgínia (HAYDEN, 1985) e 5º na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

P em 11º no estudo, obteve a mesma classificação em Cingapura (GOH, AKARAPANTH, 1994). Na África do Sul, ficou em 14º lugar (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974).

TC, em 12º lugar no estudo, ficou em 3º em Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e 5º na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996).

A dermatose V em 13º lugar no estudo, ficou em 7º na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

A I V no estudo em 14º lugar, não pôde ser comparada a literatura.

O MC que no estudo foi o 15º classificado, ganhou o 8º lugar em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, *et al.*, 1996), e o 10º em Cingapura (GOH, AKARAPANTH, 1994).

As 15 dermatoses mais freqüentes encontradas no estudo foram comparadas a estudos populacionais em epidemiologia de doenças de pele em crianças (ANEXO 7, QUADRO A7). Diferenças importantes na freqüência das dermatoses foram observadas entre o nosso estudo, realizado em hospital de 3º nível de atenção à saúde, e os estudos populacionais.

A DA ficou em 1º lugar no estudo, em 6º em Oaxaca no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e 27º no vale do rio Purus, na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

O PE ganhou 2º lugar no estudo, 8º em Oaxaca no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e 26º no vale do rio Purus na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

As VV ficaram em 3º lugar no serviço e em 7º em Oaxaca no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973). Não foi possível a comparação de nossos resultados com o estudo da Amazônia, uma vez que os autores reuniram em grupo geral de dermatoviroses, todas as patologias causadas por diferentes vírus (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

A PA, 4º lugar no trabalho, ficou em 2º em Oaxaca no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e 5º no vale do rio Purus na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

A E, 6º lugar no serviço, foi 1º lugar em Oaxaca no México, justificando-se pelo surto de E naquele país no período do estudo (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973). No vale do rio Purus na Amazônia, E ficou em 8º lugar (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

CP, em 8º lugar no estudo, ficou posicionada em 18º no vale do rio Purus na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

I, 10º lugar no estudo, ficou em 3º em Oaxaca no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e 4º no vale do rio Purus na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

TC, 12º lugar no serviço, em 4o em Oaxaca no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973). Não foi possível a comparação com o estudo da Amazônia, uma vez que os autores reuniram em grupo geral de dermatofitoses, todas as patologias causadas por diferentes fungos (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

V que no estudo posicionou-se em 13º lugar, ficou em 38º no vale do rio Purus na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

As dermatoses mais freqüentes no estudo que não tiveram correspondência com os estudos populacionais foram: DS, DC, H, P, IV e MC.

Na Amazônia, pelas características populacionais e geográficas da região, predominaram a pediculose capitis, pitíriase versicolor, impetigo e dermatofitoses (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

Em Oaxaca, no México, região inter tropical (ORTIZ, 1966), houve predomínio da escabiose, pitíriase alba, impetigo e tinea capitis (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973).

A escabiose, prurigo estrófulo, impetigo, pitíriase alba e dermatite atópica, foram dermatoses que predominaram nestes 3 trabalhos. O impetigo e a escabiose coincidem com as dermatoses mais freqüentemente encontradas em países em desenvolvimento.

6 DISCUSSÃO SOBRE AS DERMATOSES MAIS ENCONTRADAS NO PERÍODO DE 19 ANOS:

6.1 DERMATITE ATÓPICA (DA)

A DA (ANEXO 9, Fig.1) é uma das dermatoses mais freqüentes da infância (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974). Pode ocorrer uma remissão espontânea na adolescência, persistindo em alguns casos até a vida adulta.

Estima-se que 3% das crianças desenvolvem a DA em alguma etapa da vida (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

A DA é caracterizada pela presença de placas eritemato-papulosas, descamativas, vésico-secretantes-crostosas, pruriginosas, benignas e de evolução crônica. A topografia é variável nas diferentes idades: no lactente, as lesões distribuem-se mais freqüentemente nas regiões malares, poupando o maciço centro facial e áreas extensoras das extremidades. No pré-escolar, escolar e adolescente, nas pregas flexoras, dorso de dedos de mãos ou pés, polpas digitais e plantas dos pés, podendo ocorrer liquenificação. Em qualquer idade pode ocorrer a forma clínica mais grave com eritrodermia e adenopatia. O prurido pode ocasionar complicações cutâneas e sistêmicas pela infecção secundária. O diagnóstico é clínico (SAMPAIO, RIVITTI, 1998).

Com freqüência, há antecedentes pessoais ou familiares de atopia (rinite alérgica, asma e DA).

As hipóteses para a patogênese da DA são: a predisposição genética (autossômica dominante), imunológica (aumento da IgE, eosinofilia periférica, etc.), alérgenos alimentares, corantes, fatores psicogênicos, estímulos mecânicos, físicos ou químicos e multifatorial.

O diagnóstico diferencial é feito com a Dermatite Seborréica, Pitíriase Alba, Dermatite de contato e Psoríase. As lesões de DA podem fazer parte de doenças como a Fenilcetonúria, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Ataxia -Telangiectasia e Síndrome de hiper Imunoglobulina E.

O estudo apresentou 1.034 casos de DA com uma frequência de 10,4%, próximo aos achados no Estado de Virgínia-E.U.A com 9% (HAYDEN,1985). Frequências maiores foram encontradas na Cidade do México, 12,9% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELÁZQUEZ, 1977), no Rio de Janeiro, com 13,6% (LOWY,1964), em São Paulo, 14% (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996) e em Johannesburgo, África do Sul, 18,7%. Frequências altas foram encontradas na Flórida com 22,3% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e Cingapura com 51%. Em nosso estudo a frequência de DA esteve entre as mais baixas.

Nos estudos epidemiológicos populacionais a frequência de DA manteve-se baixa. Em Belo Horizonte 5,7% (COSTA, 1957), em Abha, Arábia Saudita, 1,7% (BAHAMDANK, MAHFOUZ,TALLAB *et al.*, 1996), em Oaxaca no México, 0,7% (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e no vale do rio Purus, Amazônia, 0,14% (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.* 1981). Somente em um estudo populacional realizado no Reino Unido a frequência foi de 14% (NEAME, BERTH-JONES, KURINCZUCK *et al.*, 1995). Os estudos populacionais tiveram uma frequência mais baixa, provavelmente porque os hospitais pediátricos, com serviços de Dermatologia Pediátrica, servem como locais de captação de certas dermatoses, como a DA, que pode ser crônica, recidivante e grave. As frequências de DA podem variar segundo as diferenças geográficas locais, idade, fatores étnicos e genéticos (NEAME, BERTH-JONES, KURINCZUCK *et al.*, 1995).

Os resultados obtidos mostram discreto predomínio de **sexo** masculino, 540 (52,2%) em relação ao feminino, 494 (47,8%), com uma relação de 1,1:1 (NS). Dados próximos aos nossos foram encontrados na Flórida 1:1 (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), Índia 1:1 (DHAR, KANWAR, 1998) e no Reino Unido 1,3:1 (BOWKER, CROSS, FAIRBURN, 1976). Achados com relação de 2:1 do **sexo** masculino para o feminino, foram encontrados na Cidade do México (GÓMEZ- OROZCO, 1968).

Em relação à **cor**, em nosso Hospital de Clínicas, predominou a branca com 863 casos (92,3%), ($p < 0,001$). Na África do Sul, 84% das crianças brancas apresentavam DA (FINDLAY,1967), e frequência de 13% foi encontrada entre crianças pretas (PARK,1968). Frequências mais altas para cor preta foram encontradas na Flórida com 73,4% de pretos e 26,6% de brancos (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), e Reino Unido com 50,0% de negros e 24,9% de brancos. Os achados quanto a frequência de DA segundo a cor são variáveis. Alguns autores acham que a DA não tem uma prevalência étnica aparente (NEAME, BERTH-JONES, KURINCZUCK *et al.*, 1995).

Quanto à **procedência**, no estudo 55,9%($p<0,001$), foram provenientes de Curitiba, 38,3% da RMC, 5,8% de outros municípios do Paraná e 7% de outros Estados. Na Índia, 67,97% provinham da área urbana e 32,03% da área rural (DHAR, KANWAR, 1998). A comparação em relação a **procedência** foi difícil com a literatura, pois muitas crianças são oriundas de regiões interioranas com cidades de pequeno e médio porte que não são comparáveis as de áreas rurais de outros países.

A idade e início da DA, no estudo, predominaram na faixa dos **lactentes**, com 334 casos (38,3%) ($p<0,001$). Nossos resultados se aproximam aos da Índia onde o início da DA foi maior entre os **neonatos e lactentes** (85,41%), 12% nos **pré-escolares** e 2,68% no **escolar e puberal**. Na Cidade do México 64% dos pacientes iniciaram a DA entre as idades **pré-escolar e escolar** (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

Com relação a idade na consulta (idade do diagnóstico), os resultados de DA estão mais próximos aos de Cingapura, onde 34,5% estavam na idade **escolar**, 44,7% na **pré-escolar, lactente e neonatal** e 21,1% na **puberal** (GOH, AKARAPANTH, 1994). Na Flórida houve predomínio, com 30,3%, nas idades **pré-escolar e escolar** e 11,8% nos **lactentes e neonatos**, demonstrando que ocorre uma diminuição drástica da DA entre as idades de 6 meses a 3 anos, mantendo-se constante após os 3 anos mas ocorrendo uma diminuição na adolescência (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Na Cidade do México, a frequência aproximada foi de 21% na faixa **pré-escolar**, 18% na **lactente**, 12,7% na **escolar** e 11,3% na **puberal** (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELÁZQUEZ, 1977). De maneira similar ao estudo a Cidade do México não apresentou casos em **neonatos**. Na Índia, aproximadamente 55% das crianças com DA estavam na faixa etária **pré-escolar**, 31% nos **neonatos e lactentes** e 14% na **escolar** (DHAR, KANWAR, 1998). No Reino Unido 39% pertenciam à faixa anterior aos 5 anos de idade e 11% dos 5 aos 15 anos (BOWKER, CROSS, FAIRBURN *et al.*, 1976). Os achados são concordantes com estudos que demonstram uma diminuição da DA a partir dos períodos **escolar e puberal** (FINDLAY, VISIMER, SOPHIANOS, 1974).

No estudo as consultas por DA foram mais freqüentes em agosto com 10,8% ($p < 0,005$). Em São Paulo a DA predominou nos meses de verão e outono (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996), na Índia foi maior no inverno, com 29% e no verão com 15% (NAGARAJA, KANWAR, DHAR *et al.*, 1996). Outros estudos demonstraram valores de 58% no inverno, e 33% no verão (NAGARAJA, KANWAR, DHAR *et al.*, 1996). No Reino Unido as consultas por DA mantiveram-se constantes em todos os meses do ano (BOWKER, CROSS, FAIRBURN *et al.*, 1976). A maior freqüência das consultas por DA, em agosto, não pode ser comparada aos de outros estudos. Acredita-se que fatores climáticos, hábitos alimentares e tipo de roupas sejam fatores que influenciam nas variações sazonais (NAGARAJA, KANWAR, DHAR *et al.*, 1996).

6.2 PRURIGO ESTRÓFULO (PE)

O PE (ANEXO 9, Fig. 2) tem como sinônimos prurigo por insetos ou urticária papulosa. É uma das dermatoses mais freqüentes da infância (GIRALDI, TAMAYO, RUIZ-MALDONADO, 1994).

As lesões do PE são polimorfas, constituídas por placas urticarianas pequenas com ponto central hemorrágico, pápulas endurecidas e elevadas de 0,2 a 0,5 cm de diâmetro, sendo que algumas tem uma coleção serosa central (sero-pápula de Tomazoli). Todas as lesões são muito pruriginosas. Localizam-se mais no abdome, membros e tórax ou outras regiões, com disposição linear e em pares, evidenciando o hábito alimentar dos insetos. As lesões aparecem em episódios com intervalos variáveis (semanais, 2 vezes ao mês ou cada 3 meses). A resposta imunoalérgica pode produzir lesões á distância (ídes), com dezenas ou centenas de lesões papulosas. Em 40% dos casos podem ocorrer lesões vesiculosas (RUIZ-MALDONADO, TAMAYO, 1973).

Pelo intenso prurido, ocorrem escoriações, crostas hemáticas e impetiginização (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O desencadeante da reação é a resposta imunológica frente aos antígenos dos insetos (mosquitos, pulgas e carrapatos), introduzidos na pele após a picada. As lesões aparecem raramente antes de 1 ano de idade e depois dos 7 anos. Antes de 1 ano o lactente tem pouco contato com a fauna de insetos e depois dos 6 anos, a maior parte das crianças desenvolvem dessensibilização espontânea as picadas dos insetos. O PE incide mais no sexo masculino do que no feminino, uma relação de 3:2 (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

No estudo ocorreram 578 casos de PE com uma frequência de 5,8%. Nossa frequência foi mais próxima daquelas pertinentes aos estudos realizados em Cingapura, com 4,8% (GOH, AKARAPANTH, 1994) e Johannesburgo, África do Sul, com 3,2% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974). Maiores frequências de PE foram mostradas ocorrer no Rio de Janeiro com 15,4% (LOWY, 1964), em São Paulo com 10% (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996), na Cidade do México, Hospital Infantil, com 16,3% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELÁZQUEZ, 1977) e no Instituto Nacional de Pediatria com 11% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, 1973). Frequências ainda maiores foram as encontradas no Rio de Janeiro (35%) (ALMEIDA, 1970) e na Cidade do México (41,5%), no Hospital Infantil do México (Serviço de Imunoalergia e Dermatologia), (GOMEZ, OROZCO, 1968). As menores frequências foram observadas nos Estados Unidos, no Estado de Virgínia, com 1,7% (HAYDEN, 1985) e na Florida com 1,2% (SCHACHNER, LING PRESS, 1983).

Nos estudos epidemiológicos populacionais a frequência de PE foi mais baixa. Em Mali, África, foi de 4,4% (MAHE, CISSE, FAYE, 1998), no vale do rio Purus, na Amazônia, 0,14% (BEHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981), em Santos no Estado de São Paulo, 0,4% (ROMITI, ALMEIDA, DINATO, 1978), em Oaxaca no México 0,7% (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e na Etiópia com 0,9% (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996).

As frequências mais baixas dos estudos populacionais podem ser explicadas pelo fato de que as crianças, das populações estudadas podem estar dessensibilizadas às picadas dos insetos da região estudada. Por outro lado, as mais altas encontradas nos hospitais e clínicas, podem ser devidas ao fato de que estas unidades serviriam como centro de referência para o tratamento do PE, em crianças pequenas (antes da fase de dessensibilização natural), ou para crianças provenientes de outras regiões que se sensibilizaram aos insetos locais.

No estudo houve pequeno predomínio do **sexo** masculino, 305 (52,8%) comparado ao feminino, 273 (47,2%) numa relação de 1,1:1. O índice do Hospital Infantil do México foi de 1,4: 1 (GOMEZ-OROZCO, 1968). Freqüências de 3:2, predominantes para o masculino, foram encontradas na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, 1973) e em São Paulo (PROENÇA, MORALES, GROTTI, 1989).

O predomínio do PE no **sexo** masculino poderia ser explicado pelas diferenças existentes entre a pele do **sexo** masculino e a do feminino. Uma das hipóteses é de que insetos seriam atraídos por certas qualidades da pele, como por exemplo o odor do suor (MC KIEL, WEST, 1961).

Em relação à **cor**, no estudo houve um predomínio da branca com 95,2% ($p < 0,001$). Na África do Sul, o PE teve uma freqüência de 29% nos brancos (FINDLAY, 1967) e 19% nos negros (PARK, 1968) e em estudo realizado em clínica particular, em São Paulo, 93% eram brancos e 6,7% amarelos (PROENÇA, MORALES, GROTTI, 1989).

No Hospital de Clínicas, a idade de início do PE foi maior nos **lactentes** com freqüência de 60,0% ($p < 0,001$), seguindo-se os **pré-escolares** com 27,0%, **escolares** com 8,5% e **neonatos** com 4,5%. Os resultados coincidem com as idades de aparecimento em crianças da Cidade do Rio de Janeiro, onde o predomínio foi entre **lactentes** e **pré-escolares**, 99,9%, e mais freqüente até o segundo ano de vida (LOWY, 1964). Na Cidade do México, as freqüências de início do PE foram maiores para os **pré-escolares** (44%), seguindo-se dos **lactentes** com 37%, sendo mais freqüente na faixa etária de 1 a 3 anos (RUIZ-MALDONADO, TAMAYO, 1973), em São Paulo a ocorrência foi maior em **neonatos** e **lactentes**, com 66,7%, no 1º ano de vida (PROENÇA, MORALES, GROTTI, 1989). Nosso estudo não apresentou início do PE na idade **puberal**, concordando com os estudos de literatura.

A freqüência maior de início entre lactentes e pré-escolares é explicada pelo fato de que nesta idade surgem os primeiros contatos da criança com o meio ambiente (início da deambulação, maior exposição aos insetos e menor defesa). Freqüências menores a partir da idade escolar podem ser explicadas pela dessensibilização natural que ocorre no decorrer dos anos (maior freqüência de picadas de insetos).

A idade na consulta predominou entre os **pré-escolares** com 44,3% ($p < 0,001$), seguindo-se os **lactentes** com 42,0%, escolares com 13,5% e **púberes** com 0,2%. Achados próximos foram observados na Cidade do México com 50% de **pré-escolares**, 31% de **lactentes** e 13% de **escolares** (RUIZ-MALDONADO, TAMAYO, 1973) e em São Paulo, com uma frequência aproximada de 73% nos **pré-escolares**, 15,6% nos **lactentes** e 11% nos **escolares** (PROENÇA, MORALES, GROTTI, 1989). No Rio de Janeiro predominou a faixa dos **lactentes** com 46,6% (LOWY, PERYASSÚ, PEREIRA, 1969).

A idade no momento do diagnóstico, foi concordante com a idade de aparecimento do PE, que é raro no lactente, cresce com a idade pré-escolar e se mantém constante na fase escolar. A partir da idade escolar a frequência diminui, sendo explicada pela dessensibilização natural aos antígenos da saliva dos insetos (SEMENOW, 1997).

As consultas por PE predominaram nos meses de outubro a fevereiro, com um pico maior em novembro (meses de maior temperatura e umidade em nossa região). Na Cidade do México, predominaram no verão e outono (RUIZ-MALDONADO, TAMAYO, 1973 e RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), e em São Paulo, no verão (PROENÇA, MORALES, GROTTI, 1989).

Estes dados são explicados pela elevação da temperatura e pelo índice pluviométrico nos meses de verão, acarretando uma maior proliferação de insetos, principalmente nos países tropicais e regiões subtropicais, como a do Paraná.

6.3 VERRUGAS (VV)

São tumorações epiteliais benignas (ANEXO 9, Fig. 3), de etiologia viral, de baixa transmissibilidade e motivo freqüente de consulta em pediatria. Afeta, por igual, os sexos feminino e masculino e predomina na faixa escolar. As verrugas podem ser vulgares (planas, plantares e filiformes). As vulgares são mais freqüentes e predominam entre os 6 e 10 anos de idade. São tumores únicos ou múltiplos, de aspecto verrucoso, da cor da pele, semiesféricas e bem delimitadas. Pode conter pontos escuros no seu centro e sofrer desaparecimento espontâneo, sem deixar cicatriz. Afetam qualquer local da pele e as planas e as filiformes são mais freqüentes na face. Quando peri-ungueais, podem ser dolorosas por comprimirem o leito ungueal. São produzidas por vírus do tipo papova (papiloma vírus humano), tipo 2 e 4 na vulgar e 3 na plana (MAJEWSKI, JABLONSKA, 1997).

As VV são de diagnóstico clínico, de transmissão direta, inoculável por traumatismo, podendo apresentar o fenômeno de Köebner. O diagnóstico diferencial se faz com tuberculose verrucosa, cromomicose, nevos verrucosos, condiloma acuminado, condiloma plano e tilose (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

A frequência de 4,8% de casos de VV, observada em nosso Hospital de Clínicas foi aproximada à de Miami, com 4,5% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Outros estudos demonstraram frequências maiores, como em São Paulo, 8% (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996), Cidade do México 8,4% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), 14,5% na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1973) e 13,3% em Nova York (TUNESSEN, 1984). A menor frequência foi verificada no Rio de Janeiro, com 1% (LOWY, 1964).

As baixas frequências aos demais estudos podem ser justificadas pela pouca procura de tratamento para esta Dermatose, tão comum na criança (KILKENNY, MERLIN, YOUNG *et al.*, 1998).

Nos estudos epidemiológicos populacionais, as frequências foram menores. Em Oaxaca, México 0,7% (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973), Mali 0,9% (MAHE, CISE, FAYE, 1998), Belo Horizonte 1,2%, Arábia Saudita 3,9% (BAHAMDANK, MAHFOUZ, TALLAB *et al.*, 1996). Na Etiópia a frequência de VV foi maior, com 6,25% (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996). Um estudo populacional na Austrália, demonstrou que 40% das crianças examinadas tinham VV, mas na realidade elas e seus responsáveis achavam que VV não era um problema que justificasse a consulta médica (KILKENNY, MERLIN, YOUNG *et al.*, 1998).

No Hospital de Clínicas o sexo feminino teve discreto predomínio (1,1:1), próximo ao resultado de Miami, com 1:1 (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Na Cidade do México a relação foi de 1,4:1, com discreto aumento no sexo feminino (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELÁQUEZ, 1977).

Os resultados mostraram que para VV predominou a branca com 91,8% ($p < 0,001$). Em Miami a relação cor branca/cor preta foi de 62,6%:34,4%, com proporção de 1,8:1 (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Na África do Sul, a incidência da cor preta foi de 10% e da branca 46%, relação de 1:4,6 (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1973).

Como visto, a idade na consulta foi predominante nos **escolares**, 69,4% ($p<0,001$). Achados próximos aos observados na Cidade do México, com 13% em **escolares**, 12,4% em **adolescentes** e 4,8% em **pré-escolares** (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Em Miami, 38% dos casos ficaram entre os em **escolares** e 19% entre os em **adolescentes**, com pico de incidência entre 8 e 9 anos e não havendo casos em menores de 1 ano de idade (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Na África do Sul, 13% das crianças com VV estavam entre 4 e 6 anos (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1973).

6.4 PITIRÍASE ALBA (PA)

A PA (ANEXO 9, Fig. 4), (“pitíriasis”-escamas, “alba”-branca), é uma das dermatoses mais comuns da infância e tem como sinônimos, eczemátide ou dartro volante. Por muitos autores é considerada um estigma de atopia (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1980).

Predomina em escolares e sua incidência é igual entre os sexos (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

É constituída por manchas hipocrômicas e escamosas sem limites definidos, pode haver discreto eritema, de número e tamanho variáveis (1 a 5 cm de diâmetro), ovaladas ou arredondadas, superfície ligeiramente áspera, assintomáticas e de evolução crônica. Localiza-se na face (regiões malares, masseterianas, frontal e peri-oral), nos antebraços e pernas.

A causa é desconhecida (hipersensibilidade cutânea a focos infecciosos), e tem involução espontânea sem deixar cicatrizes. O diagnóstico da PA é clínico. Como diagnóstico diferencial estão os nevus hipocrômicos, pitíriase versicolor hipocromiante, hanseníase forma indeterminada e leucodermia residual (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O estudo apresentou 446 casos de PA com frequência de 4,5%. São próximos aos achados em Cingapura 4,4% (GOH, AKARAPANTH, 1994), África do Sul 3,1% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e Cidade do México, 6,6% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELÁZQUEZ, 1977). Frequência mais baixa observou-se em Miami com 1,4% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e mais alta em São Paulo, com 13% (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1994).

Nos estudos epidemiológicos populacionais, a frequência de PA teve ampla variação. Em Belo Horizonte com 25,9% (COSTA, 1957), vale do rio Purus na Amazônia com 9,9% (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981), Arábia Saudita com 9,7% (BAHAMDANK, MAHFOUZ, TALLAB *et al.*, 1996), Oaxaca no México com 6,5% (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973), Etiópia 5,4% (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA, *et al.*, 1996) e Mali, na África do Sul, com 3,6% (MAHE, CISE, FAYE, 1998).

Os estudos em hospitais pediátricos com serviços de dermatologia pediátrica mostraram frequências um pouco mais baixas, provavelmente porque a PA é um problema comum, de remissão espontânea, sendo menor a procura para seu tratamento do que sua incidência na população.

Houve predomínio do **sexo** masculino, 55,2% ($p < 0,05$), em relação ao feminino, 44,8 %, com uma relação de 1,2:1. Somente um estudo populacional demonstrou relação de 1:1 para sexos, na incidência d PA (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

A **cor** branca predominou, seguindo-se da parda, preta e amarela. Em um estudo na África do Sul, houve predomínio da **cor** branca (FINDLAY, PARK, 1969), na Cidade do México a PA é queixa freqüente e justifica-se pela predominância da **cor** parda naquela população. Ali a PA torna-se problema estético, principalmente entre os adolescentes (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Quanto à procedência o estudo, 54,7% eram da cidade de Curitiba, RMC 40,3% e 5,0% de outros municípios do Paraná. Um estudo populacional, na Amazônia, demonstrou que 17,2% provinham de área urbana e 7,3% de área rural (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981). O dado procedência foi de difícil comparação com a literatura.

A idade na consulta predominou nos **escolares**, com 47,7%, seguindo-se os **pré-escolares** 37,2%, **lactente** 10,3% e **puberais** 4,8%). Na Cidade do México, a PA foi de 10,3% nos **escolares**, 8,3% nos **adolescentes**, 6,2% nos **pré-escolares** e 1,9% nos **lactentes** (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Em Cingapura foi de 44,8% nos **adolescentes**, 37,9% nos **escolares** e 17,2% nos **pré-escolares** (GOH, AKARAPANTH, 1994).

Um estudo sobre estigmas de atopia demonstrou que a PA foi de aproximadamente 58% nos **escolares** maiores de 5 anos, 32% em **pré-escolares** e **lactentes**, de 6 meses a 3 anos, e 14,3% em **pré-escolares** de 3 a 5 anos (NAGARAJA, KANWAR, DHAR *et al.*, 1996).

6.5 DERMATITE SEBORREICA (DS)

A DS (ANEXO 9, Fig. 5) é dermatose inflamatória, benigna de evolução aguda ou crônica. As lesões são eritematosas, com descamação de aspecto oleoso. Inicia-se no recém-nascido persistindo até o 3º mês de vida, com posterior remissão, reaparecendo na adolescência. Nas áreas pilosas é constituída por placas escamosas, oleosas, de cor amarelada, tamanho e forma variáveis sobre uma pele eritematosa. Nas pregas pode haver desde eritema, com mínima descamação, até placas eritematosas úmidas com fissuras e escamas oleosas aderentes. Nas áreas sem pelos ocorrem placas eritemato-papulosas, de formas caprichosas, isoladas ou confluentes com escamas oleosas. O diagnóstico é clínico e as regiões mais afetadas são as que possuem maior quantidade de glândulas sebáceas como: o couro cabeludo, sobrancelhas e pregas retro-auriculares, pescoço, axilares e inguinais. Pode disseminar-se na pele e, quando generalizada, tornar-se grave sob a forma de eritrodermia descamativa. A etiopatogênia provável é a influência hormonal no último trimestre de gravidez com hiperplasia das glândulas sebáceas, hereditária ou por tensão emocional. Tem como diagnóstico diferencial a dermatite atópica, tinea, candidíase, sífilis, psoríase, doença de Darier e pitíriase rubra pilar. Pode ocorrer como sintoma na Histiocitose X e doença de Leiner, (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O estudo apresentou 3,9% de DS, frequência próxima a de Miami (4,0%) (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Frequência mais baixa foi encontrada na África do Sul, com 3,4% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1973) e mais altas foram verificadas no Estado de Virgínia-E.U.A, com 6,0% (HAYDEN, 1985), Cingapura, com 7,0% (GOH, AKARAPANTH, 1994), Rio de Janeiro, com 8,7% (LOWY, 1964) e 12% em São Paulo (LIMA, RODRIGUES, ROMANINHO *et al.*, 1994).

Nos estudos epidemiológicos populacionais foram encontradas frequências variadas de 1,9% em Mali, na África (MAHE, CISE, FAYE, 1998), 2,6% em Abha, na Arábia Saudita (BAHAMDANK, MAHFOUZ, TALLAB *et al.*, 1996) e 7,8% em Belo Horizonte-MG (COSTA, 1957).

No Hospital de Clínicas da UFPR houve discreto predomínio do **sexo** feminino com 1,2:1 ($p < 0,05$). Em Miami-E.U.A, o **sexo** feminino teve maior frequência, com relação de 2:1 (SCHACHNER, LING, PESS, 1983).

Em relação à **cor**, a maior frequência foi a branca, com 92,9% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda 6,2% e preta 0,9%. Nos estudos de Miami não houve predomínio de **cor** (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e na África do Sul a relação branca: preta, foi de 1,2:1 (FINDLAY, PARK, 1969).

A idade na consulta foi mais constante entre os **lactentes**, com 69,3%, seguindo-se os **escolares** com 12,9%, **pré-escolares** com 9,7%), **puberal** com 4,3% e **neonatos** com 3,8%. Em Miami - E.U.A, 52% foram de **neonatos** e **lactentes** (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), na Cidade do México 12% eram de **neonatos** e 4,2% de **lactentes** (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977) e em Cingapura 31,9% estavam na faixa **puberal**, 11,7% na **escolar** e 51,4% nas **neonatal**, **lactentes** e **pré-escolar** (GOH, AKARAPANTH, 1994).

Esses achados são concordantes com a literatura e nota-se frequência maior de DS em **lactentes** e **pré-escolares**, com diminuição importante da frequência nas faixas etárias seguintes, voltando a aumentar na idade **puberal** (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

6.6 ESCABIOSE (E)

A E (ANEXO 9, Fig. 6) é uma parasitose cutânea produzida mais comumente pelo ácaro “*Sarcoptes scabiei*” variedade “*hominis*” e menos frequentemente pela “*canis*”. É cíclica e de alta transmissibilidade. É motivo frequente de consulta em pediatria, afeta crianças de todas as idades inclusive recém-nascidos, ambos os sexos e todas as classes sociais, predominando nas regiões de hábitos higiênicos precários. A topografia das lesões varia conforme a idade da criança. Nos lactentes são características as lesões em palmas e plantas, podendo afetar todo o corpo. No escolar e no adolescente, as lesões predominam nas áreas mais quentes (abdome e região peri-umbilical) e pregas (interdigitais, axilares, inguinais, interglúteas, face interna dos antebraços e braços e anterior dos punhos). No sexo feminino é comum o acometimento da mama e auréolas e, no masculino o escroto e pênis. O aspecto é polimorfo, constituído por pápulas, vesículas e crostas hemáticas e melicéricas. As lesões são extremamente pruriginosas (mais à noite). Podem ocorrer sinais de escoriação e túneis cavados pelo ácaro na camada córnea da pele. O diagnóstico é clínico, podendo-se visualizar o ácaro em microscopia ótica, após escoriação da lesão (Método de Müller). Pelo dado epidemiológico, auxilia o diagnóstico a presença de casos semelhantes nos familiares ou ambiente do paciente. O diagnóstico diferencial faz-se com o prurigo estrófulo e eczemas.

A freqüência de E no Hospital de Clínicas da UFPR foi de 3,9%. Freqüências baixas também foram encontradas em Miami, 1,7% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), e 2,8% na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974). Freqüências maiores foram detectadas em São Paulo, 18% (LIMA, MARQUES, CARVALHO *et al.*, 1996), Cidade do México, 10,4% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977) e Rio de Janeiro, 7,67% (LOWY, 1964).

Nos estudos epidemiológicos populacionais as freqüências variaram de baixas, 1,6% em Santos (ROMITI, ALMEIDA, DINATO, 1978), 3,0% no vale do rio Purus na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981), Belo Horizonte com 3,6% (COSTA, 1957) e 4,3% em Mali (MAHE, PRUAL, KONATE, 1995), as altas, como as encontradas em Oaxaca no México, 81,6% (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973), na Etiópia 17,0%, (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA, 1996) e em Mali na África 16,6% (MAHE, CISSE, FAYE, 1998).

Houve discreto predomínio do **sexo** masculino numa relação de 1,1:1, não significativo. Na África do Sul a freqüência maior foi para o **sexo** feminino em relação ao masculino, 1,5:1 (FINDLAY, PARK, 1969).

A **cor** branca predominou em 94,5% dos casos ($p < 0,001$), seguindo-se a parda 4,1% e preta 1,4%. Em estudo epidemiológico populacional em São Paulo, encontrou-se a E de 13,4% em brancos, 7,8% em pardos e 11,6% e pretos (ROMITI, ALMEIDA, DINATO, 1978). Freqüências maiores foram encontradas em crianças pretas na África do Sul (FINDLAY, PARK, 1969).

Em relação a **procedência**, 59,7% ($p < 0,001$), foram provenientes da cidade de Curitiba, 35,6% da RMC e 4,7% de outros municípios do Paraná. Um estudo realizado no vale do rio Purus na Amazônia, verificou que 9,5% dos casos de E provinham da área urbana e 6,8% da área rural (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

A idade do diagnóstico foi mais freqüente nos **lactentes**, com 66,2 % ($p < 0,001$), seguindo-se os **pré-escolares** 18,5%, os **escolares** 12,9%, **púberes** 2,1% e **neonatos** com (0,3%). Na Cidade do México, **lactentes menores** tiveram freqüência de 16,1% e **maiores** de 11,4%, 10,3% nos **escolares**, 9,4% nos **pré-escolares**, 6,9 nos **neonatos** e 6,3% nos **púberes** (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

A E é de grande incidência em países do 3º mundo e a ocorrência de ciclos epidêmicos torna-a um problema de saúde pública mundial (MAGNABOSCO, PRADO, 1998).

As consultas por E predominaram no mês de Julho. Na cidade do México as consultas foram mais freqüentes no inverno, concordando com os achados (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977)

6.7 DERMATITE DE CONTATO (DC)

A DC (ANEXO 9, Fig. 7) é uma reação inflamatória produzida por qualquer substância química ou objeto que tenha um contato direto com a pele. Os tipos de reações podem ser por irritante primário (sem resposta imunológica direta), ou sensibilização (alergia por hipersensibilidade tipo IV). Os determinantes podem ser variados: saliva, urina, medicamentos e remédios caseiros, sabonetes e detergentes, cosméticos, plantas, produtos industriais, pólen e metais. Caracteriza-se por eczema limitado, pruriginoso, com antecedente de aplicação ou contato com algum fator determinante. As formas clínicas do eczema são: o agudo com áreas eritematosas, vesículas, crostas e aspecto úmido e exudativo, o crônico com aspecto liquenificado pela contínua escoriação, a pele torna-se áspera, pigmentada e com crostas hemáticas. O diagnóstico é clínico ou por provas de contato alérgico. O diferencial é feito com a dermatite atópica, dermatite seborreica, eczema numular, reação medicamentosa e eritema pigmentado fixo (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O estudo apresentou 3,8% de DC. Achados aproximados foram encontrados no Estado de Virgínia- E.U.A, com 5% (HAYDEN, 1985). Freqüências menores foram encontradas na África do Sul, com 0,5% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e Cidade do México com 1,5% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Freqüências maiores de DC foram constatadas em Miami, 25% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e Cingapura, 13,7% (GOH, AKARAPANTH, 1994).

Num estudo epidemiológico populacional, em Mali na África, a freqüência foi de 2,2% (MAHE, CISSE, FAYE, 1998).

A cor branca predominou com 94,5% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda 3,5%, preta 1,2% e amarela 0,8%. Na África do Sul não houve diferença na freqüência entre as cores branca e preta (FINDLAY, PARK, 1969).

A idade na consulta predominou nos **escolares**, com 40,7% ($p < 0,001$), seguindo-se os **lactentes** com 24,8%, **pré-escolares** 23,9%, e **púberes** com 10,6 %. Na Cidade do México houve maior freqüência entre os **púberes**, com 2,2%, seguindo-se dos **pré-escolares** com 1,5% e **escolares** com 1,4% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Em Cingapura, 37,0% eram **escolares**, seguindo-se dos **púberes** com 36,3% e **neonatos, lactentes e pré-escolares** com 26,7% (GOH, AKARAPANTH, 1994). A DC é mais comum nos adultos e no sexo masculino, por fatores irritantes e relacionados à profissão (COENRAADS, NATER, VAN DER LENDE, 1983). Um estudo epidemiológico populacional de DC na Polônia, examinou 1.205 pacientes. Destes, 9,3% tinham menos de 20 anos. Demonstrou-se que a DC foi mais freqüente em adultos que trabalhavam em construções (RUDZKI, KLENIEWSKA, 1970).

6.8 CERATOSE PILAR (CP)

A CP (ANEXO 9, Fig. 8) ou queratose pilar, é uma anomalia da queratinização nos folículos pilosos e pode ser considerada como estigma de atopia ou forma de ictiose vulgar folicular (HURWITZ, 1993).

Aparece na infância, sendo mais evidente na adolescência e no sexo feminino. Constitui-se por pápulas córneas na parte superior dos folículos pilosos que dão sensação de aspereza à palpação e aparência de “pele de galinha”. Localiza-se mais freqüentemente no tronco, nádegas, face externa de braços e pernas. (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

Tem origem hereditária, autossômica dominante, e sua variante grave é a queratose pilar atrofiante da face ou “uleritema ophriógenes” (SAMPAIO, RIVITTI, 1998).

Os diagnósticos diferenciais com a CP são o líquen espinuloso, pitíriase rubra pilar, frinoderma, queratose pilar decalvante e doença de Kyrle (SAMPAIO, RIVITTI, 1998).

No estudo, CP apresentou uma freqüência de 3,7%, na Cidade do México a freqüência foi de 1% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Nos estudos epidemiológicos populacionais a freqüência da CP foi variável, de 12,4% em Abha, na Arábia Saudita (BAHAMDANK, MAHFOUZ, TALLAB *et al.*, 1996), 1,8% na Etiópia (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996) e 0,75% no vale do rio Purus, na Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

Mostra-se discreto predomínio no **sexo** feminino (1,2:1 NS), mas na Cidade do México foi observada uma relação de 1,6:1, com predomínio do **sexo** feminino (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

A idade na consulta predominou na faixa etária **escolar** com 53,1% ($p < 0,001$), seguindo-se a **pré-escolar** com 36,1%, **puberal** 6,0%, **lactente** 4,5%, e **neonatal** 0,3%. Na Cidade do México a idade na consulta predominou nos **adolescentes**, com 2,2% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977) e na Arábia Saudita os valores médios foram de 10,9% nos **escolares** e 25% nos **adolescentes** (BAHAMDAN, MAHFOUZ, TALLAB, 1996).

O estudo epidemiológico específico de CP, na Índia, a idade na consulta foi de frequência maior nos maiores de 5 anos, com 41,94%, **pré-escolares** com 21,43%, **lactentes** de 6 meses com 16,67% e de 6 meses a 3 anos com 34,88% (NAGARAJA, KANWAR, DHAR *et al.*, 1996).

A CP é de valor diagnóstico para a DA. Na Índia, a frequência de CP como achado de sinal clínico menor de atopia foi de 11% (NAGARAJA, KANWAR, DHAR *et al.*, 1996).

6.9 HEMANGIOMA (H)

Os H (ANEXO 9, Fig. 9) são neoformações tumorais de origem vascular e benignas. Aparecem ao nascimento ou nas primeiras semanas de vida. Inicialmente é uma mancha eritematosa que cresce e se infiltra, tornando-se tumoral de cor vermelho-brilhante. Podem ser únicos ou múltiplos, superficiais vermelhos (em morango) ou profundos e azulados. Crescem até os 6 ou 12 primeiros meses de vida, estabilizando-se para depois começar a involuir lentamente até os 5 anos de idade. Quando volumosos, podem ocasionar alterações de função, como: insuficiência ventilatória, ocasionada pelos hemangiomas de grande volume no pescoço e mediastino anterior; ambliopia, quando localizados nas pálpebras; dificuldade na alimentação, quando situados na boca; insuficiência cardíaca, quando pelo seu grande volume funcionando como 3º espaço; alterações hemodinâmicas, com seqüestro de plaquetas e coagulopatia e finalmente ulcerações. Excepcionalmente podem ocorrer hemangiomas disseminados a órgãos internos. O diagnóstico é clínico e o H é de etiologia desconhecida, podendo haver fator angiogênico de crescimento de vasos ou estímulo hormonal (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O diagnóstico diferencial é feito com angioqueratoma, linfangiomas, hemolinfangiomas e granuloma piogênico (PROSE, 1990).

A frequência observada para H, foi de 3,5% de H. Frequências menores foram encontradas na África do Sul, 2,4% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e Cidade do México, 1,8% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Em Miami-E.U.A., observou-se frequência maior, com valor de 17% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Nos estudos epidemiológicos populacionais de H, foi mostrado que na França a frequência foi de 10% (ENJOLRAS, GELBERT, 1997), e num estudo na Colômbia, sobre tumores em crianças, 35% correspondiam aos H (HALPERT, YEPES-PARRA, LEÓN, 1989).

No estudo, houve predomínio do **sexo** feminino com 64,4% ($P < 0,001$) em relação ao masculino 35,6%, (1,8:1). O predomínio no **sexo** feminino também foi encontrado na Cidade do México com 1,6:1 (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977) e na África do Sul 1,9:1 (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974).

Em estudo epidemiológico específico de H, na França, o predomínio também foi para o **sexo** feminino 6,6:1 (ENJOLRAS, GELBERT, 1997).

Um estudo epidemiológico em Israel encontrou 1,78% casos de H, com igual frequência para ambos os **sexos** (KAHANA, FELDMAN, ABUDI, 1995).

No Hospital de Clínicas - UFPR, a **cor** branca foi predominante com 95,4% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda com 3,7% e a preta com 0,6%. Na África do Sul, 7% foram da **cor** branca e nenhum da **cor** preta (FINDLAY, PARK, 1969).

Com relação a idade de início do H, a mais numerosa em nosso ambulatório, foi nos **lactentes** com 53,8% ($p < 0,001$). Na Colômbia 21% dos H apresentavam-se ao nascimento (HALPERT, YEPES-PARRA, LEON, 1989).

No Hospital de Clínicas - UFPR, a idade na consulta predominou nos **lactentes**, com 73,1% ($p < 0,001$), seguindo-se os **pré-escolares** com 16,9%, **escolares** com 7,8%, **neonatos** com 1,2% e **púberes** com 1%. Na Cidade do México o predomínio foi de **lactentes** com 9,0%, seguindo-se dos **neonatos** com 6,9% e 2,1% nos **pré-escolares** (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

6.10 IMPETIGO (I)

É a mais comum das infecções de pele (ANEXO 9, Fig. 10), principalmente na faixa etária pediátrica. Ocorre comumente em crianças de baixo estado sócio-econômico.

As lesões ocorrem nas regiões peri-orificiais (em volta da boca, fossas nasais, pavilhões auriculares e peri-oculares), ou em qualquer outra localização e pode ocorrer como complicação de uma dermatose prévia, geralmente após escoriação (infecção secundária).

Clinicamente apresenta-se com eritema, vesículas, bolhas, pústulas, crostas melicéricas e exudato.

Os agentes causais são bactérias (“streptococcus” e “staphylococcus”).

O diagnóstico diferencial é feito com várias doenças, com contaminação secundária: o herpes simples, dermatite de contato, dermatite herpetiforme e epidermólise bolhosa e acropustulose infantil (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

Nesse estudo a frequência foi de 2,7%. Frequências baixas foram encontradas na África do Sul, com 7,8% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974), Cidade do México com 6,8% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977) e Cingapura com 4,9% (GOH, AKARAPANTH, 1994). Estudos com frequências altas foram o do Rio de Janeiro com 26,6% (LOWY, PERYASSU, 1965) e 29,62% (LOWY, 1964), o de Virginia-E.U.A, com 9,25% (HAYDEN, 1985) e o de Nova York, com 10% (TUNESSEN, 1984).

Nos estudos epidemiológicos populacionais a frequência de I foi variável. Frequências altas foram encontradas em Belo Horizonte com 16% (COSTA,1957), Mali, na África com 12,3% (MAHE, CISE, FAYE, 1998) e vale do rio Purus, Amazônia com 12,2% (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA et al., 1981). Frequências mais baixas foram observadas em Oaxaca, no México (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e Etiópia (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996) com 5,4%, em Mali, com 3,9% (MAHE, CISSE, FAYE, 1998) e Santos, com 1,3% (ROMITI, ALMEIDA, DINATO, 1978).

No estudo houve maior número de pacientes do **sexo** masculino (1,1:1 NS), semelhante ao dado de Miami onde a relação **sexo** feminino e masculino foi de 1:1 (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Houve predomínio da **cor** branca com 91,6% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda com 5,6 % e preta com 2,8%. Em Miami a frequência foi maior na **cor** preta 84,6% para 15,4% em brancos (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

A **procedência** de 54,2% ($p < 0,001$), era de Curitiba, 39,2% da RMC e 6,6% de outros municípios do Paraná. Estudo populacional realizado no vale do rio Purus, na Amazônia, mostrou que 27,5% dos pacientes eram da área urbana e 14,9% da rural (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981).

Como visto no estudo, a idade na consulta predominou nos **pré-escolares**, com 38,2% ($p < 0,001$), seguindo-se os **escolares** com 27,1%, **lactentes** com 29,0% e **púberes** com 4,9%. Em Miami-E.U.A, houve predomínio de I entre 1 a 2 anos, diminuindo aos 6 anos (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), e na África do Sul predominou em **pré-escolares** e **lactentes** (FINDLAY, PARK, 1969). Na Cidade do México foi de 8,8% nos **lactentes** até 2 anos e de 7,2% nos até 1 ano de idade, seguindo-se **pré-escolares** com 8,5%, **escolares** com 6,2% e **púberes** com 1,6% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

No estudo as consultas foram mais freqüentes nos **meses** de janeiro a maio (verão e início de outono), épocas de temperatura ambiental mais elevada. Na Cidade do México, as consultas foram mais freqüentes nos **meses** de chuva e calor (ORTIZ, 1966), maio a agosto (final da primavera e verão), (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977). Um estudo epidemiológico populacional na Colômbia demonstrou que I é mais freqüente nos climas tropicais (TALPLIN, LANSDELL, ALLEN *et al.*, 1973).

Estudo populacional na Tanzânia mostrou que esta dermatose é mais freqüente após picada de insetos e sudâmina em crianças de baixo nível sócio-econômico (MASAWE, NSANZUMUHIRE, MHALU, 1975).

6.11 PSORÍASE (P)

É dermatose de origem inflamatória (ANEXO 9, Fig. 11), de evolução crônica. As lesões se constituem por placas eritematosas, bem delimitadas, com escamas grossas de aspecto micáceo. São distribuídas de maneira simétrica geralmente em joelhos e cotovelos, podendo também afetar o couro cabeludo, palmas e plantas ou generalizar-se constituindo um quadro eritrodérmico. Na criança é comum a forma gutata. O diagnóstico é clínico, com o sinal de Auspitz e o da vela. Alterações distróficas ungueais (“pittings”) podem estar presentes. O diagnóstico diferencial pode ser feito com o eczema numular, dermatite atópica, dermatite de contato, tinea do corpo ou da cabeça e dermatite seborréica (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O estudo apresentou 2,7% casos de P. Dados da literatura demonstraram freqüências variadas de 0,19%, na Cidade do México (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), 1,1% em Cingapura (GOH, AKARAPANTH, 1994), 2% na África do Sul (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e 12% em Miami (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Nos estudos epidemiológicos populacionais a freqüência foi de 0,4% em Belo Horizonte (COSTA, 1957) e, em estudo epidemiológico específico, no Kwait, a freqüência foi de 0,3% (AL-FOUZAN, NANDA, 1994). Estudos populacionais demonstram prevalência na população que varia de 0,1 a 2,84% (FARBER, NALL, 1974).

No presente levantamento houve discreto predomínio do **sexo** feminino sem significância estatística. Na Cidade do México e na África do Sul, a relação feminino para masculino foi de 1,6:1 (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974 e RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977)).

Para P a **cor** branca prevaleceu com 94,4% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda com 4,0% e a preta 1,6%. Na África do Sul o dado é de 100% para a **cor** branca (FINDLAY, PARK, 1969).

A idade de início predominou nos **escolares**, com 47,4% ($p<0,001$), seguindo-se os **pré-escolares**, 34,6%, **lactentes**, 12,7% e **puberal**, 5,3%. Em estudo epidemiológico específico de P, na Inglaterra, o pico de início foi de 5 a 9 anos no sexo feminino e de 15 a 20 anos no masculino (HOLGATE, 1975). Um estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos mostrou que a idade de início da P predominou dos 10 aos 19 anos na faixa etária pediátrica (FARBER, NALL, 1974).

No Hospital de Clínicas da UFPR, a idade na consulta predominou nos **escolares**, 67,3% ($p<0,001$), seguindo-se os **pré-escolares** com 34,6%, **puberal** com 9,4% e **lactente** com 2,3%. Nos Estados Unidos, um estudo epidemiológico, mostrou predomínio de P entre 10 e 19 anos, na faixa etária pediátrica (FARBER, NALL, 1974).

6.12 TINEA CAPITIS (TC)

A TC (ANEXO 9, Fig. 12) é uma micose produzida por fungo que se alimenta da queratina da pele, do couro cabeludo e dos cabelos e é própria da faixa etária pediátrica.

Clinicamente caracteriza-se por placas escamosas, circulares, os cabelos são rentes à superfície cutânea, e se desprendem com facilidade, geralmente são pruriginosas. Os agentes causais mais freqüentes são o “*Microsporum canis*” e “*Trichophyton tonsurans*”. O diagnóstico é clínico pelo exame micológico direto e cultura das escamas de pele e do pêlo.

O diagnóstico diferencial é feito com alopecia areata, dermatite seborréica no couro cabeludo, psoríase do couro cabeludo e tricotilomania (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O estudo apresentou 2,2% de TC. Freqüência mais aproximada foi vista no Rio de Janeiro com 1,4% (LOWY, 1964) e mais altas em Miami 7,1% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), em São Paulo, 6% (LIMA, ROSMANINHO, RODRIGUES *et al.*, 1996), na África do Sul 5,1% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974) e em Nova York, 4,8% (TUNNESSEN, 1984).

Nos estudos epidemiológicos populacionais a frequência de TC foi variada. Frequências altas foram encontradas em Mali, com 9,5% (MAHE, PRUAL, KONATE, 1995) e Etiópia, com 9,0% (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA, 1996). As mais baixas foram encontradas em Oaxaca, México, 1,2% (RUIZ-MALDONADO, BAKER, 1973) e em Mali, 1,8% (MAHE, CISE, FAYE, 1998).

Um estudo epidemiológico específico para TC demonstrou frequência de 2,5% em Londres (HAY, CLAYTON, SILVA, *et al.*, 1996).

No estudo houve discreto predomínio do **sexo** masculino, sem significância estatística. Em Miami-E.U.A, a relação de frequência entre os **sexos** foi de 1:1 (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

A **cor** branca predominou com 93,8% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda com 4,9%, a preta com 0,9% e a amarela com 0,4%. Em Miami-E.U.A, predominou a **cor** preta (90%) em relação a **cor** branca, (10%) (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983). Na África do Sul, TC foi mais freqüente em brancos (FINDLAY, PARK, 1969). Estudos epidemiológicos específicos para TC demonstraram frequência média de 2,5% em **escolares** de Londres (HAY, CLAYTON, SILVA, *et al.*, 1996) e 3% de casos sintomáticos, em crianças de 5 a 13 anos, na Filadélfia-E.U.A (WILLIAMS, HONIG, MC GINLEY *et al.*, 1995). Na Califórnia-E.U.A, um estudo epidemiológico de TC demonstrou que ela é epidêmica, e mais freqüente nas comunidades de **cor** preta e de baixo nível sócio-econômico (LOBATO, VUGIA, FRIEDEN, 1997).

Eram da cidade de Curitiba 49,8% ($p < 0,001$), 45,7% da RMC e 4,5% de outros municípios do Paraná. Na Etiópia 29% dos casos eram da área urbana e 22% rural (FIGUEROA, HAWRANEK, ABRAHA *et al.*, 1997). Com relação à **procedência**, há dificuldade de comparação, uma vez que áreas urbanas rurais não são comparáveis aos municípios.

O estudo do Hospital de Clínicas- UFPR mostrou que a idade predominante foi a da **pré-escolar** com 54,7% ($p < 0,001$), seguindo-se a **escolar** com 39,3%, **lactente** com 3,9% e **puberal** com 2,1%. Em Miami- E.U.A, ocorreu predomínio nos **pré-escolares**, seguindo-se os **escolares** (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983), e na Etiópia a TC foi mais freqüente entre 5 e 10 anos, com 7,2% (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996).

6.13 VITILIGO (V)

V (ANEXO 9, Fig. 13) é dermatose constituída por manchas acrómicas de limites bem definidos, localizadas na pele e semi-mucosas. As manchas em geral são simétricas, unilaterais ou seguindo metâmeros. São assintomáticas, podendo haver crescimento progressivo ou aparecimento de novas. O diagnóstico é clínico. Pode ocorrer o fenômeno de Köebner e pêlos ou cabelos podem perder a cor. É de etiologia desconhecida, há história familiar em 18% dos casos, alterações endocrinológicas (de tireóide, diabetes melitos), fatores psicogênicos, imunológicos, e neurais (neurotóxica).

O diagnóstico diferencial se faz com nevus hipocrômicos ou acrómicos, pitíriase alba, hipomelanose de Ito, piebaldismo, síndrome de Waardenburg e síndrome de vogt-Koyanagi-Harada (RUIZ-MALDONADO, SAUL & IBARRA, 1980).

O estudo apresentou 2,2% de frequência para esta Dermatose. Frequências aproximadas foram encontradas na Cidade do México com 2,6% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), em Miami com 1,4% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e África do Sul com 0,8% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974).

Nos estudos epidemiológicos populacionais as frequências foram de 0,04% no vale do rio Purus, Amazônia (BECHELLI, HADDAD, PIMENTA *et al.*, 1981), 0,8% em Belo Horizonte (COSTA, 1957) e 0,9% em Mali (MAHE, CISSE, FAYE, 1998).

O predomínio foi do **sexo** feminino 63,6% ($p < 0,001$) em relação ao masculino 36,4%. Na Cidade do México a relação **sexo** feminino para masculino foi de 1,6:1 (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

Nos achados predominou a **cor** branca com 95,2% ($p < 0,001$), seguida da parda e preta com 2,4%. Na África do Sul as incidências foram de 3% na **cor** preta e 3% na branca. (FINDLAY, PARK, 1969).

A idade de início predominou nos **escolares** com 60,2% ($p < 0,001$), seguindo-se os **pré-escolares** com 25,7%, **lactentes** com 10,5% e **puberal** com 3,6%. Um estudo epidemiológico na Dinamarca constatou que a idade de início de 0 a 9 anos teve frequência de 9,2%, e de 10 a 19 anos 11,0% (HOWIT, BRODTHAGEN, SCHWART *et al.*, 1977).

A idade na consulta predominou entre os **escolares**, com 68,1%, seguindo-se os **pré-escolares** com 21,4%, **puberal** com 9,1% e **lactente** com 1,4%. Na Cidade do México V predominou nos **escolares** com 4,4%, seguindo-se da **puberal** com 4,0% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977).

6.14 ICTIOSE VULGAR (IV)

A IV (ANEXO 9, Fig. 14) é a forma mais comum das ictioses, genodermatose herdada de forma autosômica dominante. Incide de 1:2000 nascidos. As lesões podem iniciar na faixa etária de lactente e melhorar com a idade. Clinicamente é caracterizada pela presença de escamas finas e secas, mais perceptíveis nas regiões pré-tibiais, podendo estender-se pelo restante da pele, poupando as pregas flexoras. As regiões palmares e plantares apresentam suas pregas naturais mais proeminentes. A IV pode ser considerada um estigma de atopia ou estar associado a ela. O diagnóstico diferencial é feito com a xerodermia, reações ictiosiformes secundárias ao uso de medicamentos e doenças sistêmicas (RUIZ-MALDONADO, PARISH & BEARE, 1989).

No estudo a frequência de IV foi de 1,8%. Em Miami-E.U.A, foi de 0,2% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983).

Estudo epidemiológico populacional realizado em Belo Horizonte, mostrou frequência de IV de 0,4% (COSTA, 1957).

No estudo predominou a **cor** branca 88% ($p < 0,001$), seguida da parda 9,5% e preta 2,5%. Na África do Sul não houve casos em negros (FINDLAY, PARK, 1969).

A idade na consulta foi mais freqüente na **escolar** com 48,2% ($p < 0,001$), seguida da **pré-escolar**, 35,1%, **lactente**, 10,7% e **puberal**, 6,0%. Na África do Sul, em brancos com 2% aos 3 e 4 anos e com 1% de 5 a 9 anos (FINDLAY, PARK, 1969).

6.15 MOLUSCO CONTAGIOSO (MC)

São tumorações benignas (ANEXO 9, Fig. 15), comuns na faixa etária pediátrica. Aparecem em qualquer parte da superfície cutânea, mais freqüentemente na face (pálpebras, região frontal, malar e queixo), pescoço, tórax superior e membros. Estas neoformações vão de milímetros até 1 cm de diâmetro, são semi-esféricas, da cor da pele ou nacaradas, brilhantes, bem delimitadas, com umbilicação central e facilmente inoculáveis. São assintomáticas de diagnóstico clínico e podem infectar-se secundariamente se traumatizadas. São causadas por um Pox vírus. O diagnóstico diferencial é feito com a trombidíase (RUIZ-MALDONADO, SAUL, & IBARRA, 1980).

Verifica-se, neste estudo, frequência de 1,6%. Nos outros estudos, as frequências variaram de acordo com a região, em Nova York foi de 0,5% (TUNNESSEN, 1984), na Cidade do México, 0,54% (RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977), na África do Sul, 1,1% (FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974), em Miami, 1,9% (SCHACHNER, LING, PRESS, 1983) e em São Paulo, 7,0% (LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO *et al.*, 1996).

Nos estudos epidemiológicos populacionais a frequência de MC foi de 3,6% (MAHE, PRUAL, KONATE, 1995) e 1% (MAHE, CISSE, FAYE, 1998) em Mali e 2,7% na Etiópia (FIGUEROA, FULLER, ABRAHA *et al.*, 1996).

Em relação à **cor**, houve predomínio da branca com 97,2% ($p < 0,001$), seguindo-se a parda e preta com 1,4%. Na África do Sul o predomínio para casos de MC foi de 100% na **cor** branca (FINDLAY, PARK, 1969).

7 MUDANÇAS OCORRIDAS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DE ACORDO COM O PERFIL DAS DERMATOSES ENCONTRADAS NOS 19 ANOS

Sabe-se que os serviços ambulatoriais em hospitais constituem-se em “locus” privilegiado para a obtenção de informações. Dados sobre os pacientes (arquivos, fichas médicas e resultados estatísticos) são fundamentais sendo considerados uma das principais fontes para a obtenção de informação na caracterização de um serviço, tanto de seu desempenho na assistência às dermatoses, como ao ensino de alunos e residentes (SAYEG, DICHSTEIN, 1995).

Nos 19 anos do ambulatório de dermatologia pediátrica observaram-se mudanças importantes no perfil do serviço. Verificou-se que o número de pacientes do ambulatório no período estudado aumentou 16 vezes e o de diagnósticos 18 vezes e que o registro de dados, como cor e procedência, melhorou de maneira importante nos últimos 3 anos. Houve aumento do espaço físico, disponibilidade de materiais para uso dermatológico e aumento do número de especialistas no ambulatório (ANEXO 8).

A avaliação e tratamento das dermatoses pediátricas é uma parte significativa das consultas em pediatria geral. Nos Estados Unidos as doenças de pele e do subcutâneo, nas consultas pediátricas, estão entre as doenças mais comuns seguindo-se as cardio-circulatórias, endocrinológicas, digestivas e urinárias (PROSE, 1988).

O ambulatório de Dermatologia Pediátrica, nestes 19 anos, foi responsável por 1,47% de todo o atendimento ambulatorial da Pediatria-HC-UFPR (ANEXO 5, TABELA 13).

Em 1978 é formado o serviço de Dermatologia Pediátrica da Pediatria pela necessidade cada vez maior da resolução dos problemas de pele existentes na faixa etária pediátrica. O grande número de crianças atendidas nos diversos setores do Departamento de Pediatria com queixas de lesões de pele e a dificuldade que pediatras e médicos da atenção primária apresentavam na resolução dos problemas relacionados a pele, mostraram a necessidade de um melhor atendimento das doenças encontradas nesta faixa etária.

As diferenças entre as manifestações de pele de muitas doenças sistêmicas, entre crianças e adultos, as doenças de pele congênitas e próprias da faixa etária pediátrica e principalmente seu especial manejo e terapêutica levaram a formação do ambulatório de Dermatologia Pediátrica. A partir de 1980 os residentes do 1º e 2º ano de Pediatria passam por estágio no ambulatório de Dermatologia Pediátrica e a partir de 1987 também os alunos do último ano (doutorandos) do curso de medicina. Deste modo iniciou-se a orientação do médico e pediatra no reconhecimento e resolução das doenças de pele mais comuns na criança e o encaminhamento das mais complexas.

Estudos demonstram a dificuldade de residentes e médicos gerais em reconhecer e tratar as dermatoses pediátricas mais comuns. Muitas vezes há falha no diagnóstico de algumas doenças cutâneas resultando em uma terapêutica inadequada ou falha no encaminhamento para tratamento com o especialista (PROSE, 1988).

A inclusão de dermatólogos pediatras no corpo clínico de muitos centros médicos reflete a necessidade de conhecimento e investigação nesta área (PROSE, 1988 e JAMES, 1998).

O diagnóstico e tratamento das doenças dermatológicas e de manifestações na pele de doenças sistêmicas são uma parte fundamental no treinamento da residência médica. No treinamento do pediatra ele deve saber reconhecer e tratar as dermatoses pediátricas mais comuns e participar de treinamentos dermatológicos nesta área (PROSE, 1988).

Programas de ensino médico, que oferecem um estágio em dermatologia pediátrica, dão uma oportunidade especial ao pediatra de reconhecer e tratar as doenças de pele nas crianças, assim como inter-atuar com dermatólogos pediatras, outros pediatras e dermatologistas com especial interesse nas dermatoses infantis. Os tipos de dermatoses encontradas na área de dermatologia pediátrica diferem daquelas observadas na pediatria clínica. Por esta razão um estágio em dermatologia pediátrica contribuiria no aprendizado de ambas áreas clínicas (PROSE, 1988).

No estudo evidenciou-se as 10 dermatoses mais comuns em crianças, observadas pelo pediatra e médico geral, e constatou-se que houve uma redução na frequência de 3 delas (Dermatite seborreica, Impetigo e Candidíase) no nosso serviço no decorrer dos 19 anos (ANEXO 5, TABELA 14). Este fato sugere uma melhora na resolução das dermatoses mais simples a nível de atendimento primário, reforçando a importância do ensino desta especialidade ao pediatra.

Foi observado também que a frequência de algumas dermatoses mais raras (Ictiose lamelar, Epidermólise bolhosa e Kérion Celsi) tiveram um aumento no decorrer dos 19 anos do ambulatório (ANEXO 5, TABELA 15). Este fato pode sugerir que houve um maior encaminhamento das dermatoses mais raras para diagnóstico e tratamento com o especialista (a nível de atenção terciária), reforçando a importância do ensino da especialidade.

PROJEÇÕES E SUGESTÕES

A partir dos resultados obtidos neste estudo epidemiológico descritivo, do ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, o serviço poderá ser melhor planejado, aprimorando assim o atendimento das crianças e o ensino da especialidade. Este estudo visou também servir de base a futuros trabalhos descritivos, bem como a estudos analíticos sobre algum dos diferentes tipos de dermatoses e que justifique seu aprofundamento.

CONCLUSÃO

No estudo constatou-se aumento de 16 vezes o número de pacientes no ambulatório de Dermatologia Pediátrica e de 18 vezes o número de diagnósticos no período de 19 anos. O atendimento no ambulatório da especialidade correspondeu a 1,47% de todos os atendimentos ambulatoriais da Pediatria-HC, no período estudado.

Quanto ao perfil do paciente no período estudado predominaram, os pacientes da cor branca (93,3%) em todas as consultas e nas 15 dermatoses mais freqüentes, comparando-se à população branca do Estado do Paraná (75,3%); o sexo feminino (52,2%) e a idade escolar (39,8%).

As dermatoses mais freqüentes segundo a faixa etária foram: Dermatite Seborreica (40,9%) nos neonatos, Dermatite Atópica (24,2%) nos lactentes, Dermatite Atópica (41,4%) nos pré-escolares, Dermatite Atópica (33%) nos escolares e Verrugas (25,3%) nos púberes.

A idade do paciente em relação ao sexo: no período neonatal houve predomínio do sexo feminino (0,8%), nos lactentes do masculino (25,1%), nos pré-escolares do masculino (31,0%), na escolar do feminino (37,5%) e na puberal do feminino (7,3%).

No perfil do ambulatório verificou-se uma maior procedência do Estado do Paraná e de Curitiba, sendo que nos últimos 3 anos houve predomínio de pacientes oriundos da Região Metropolitana de Curitiba.

As 15 dermatoses diagnosticadas com maior freqüência no ambulatório de Dermatologia Pediátrica no período estudado foram: a Dermatite Atópica, Prurigo Estrófulo, Verrugas, Pitíriase alba, Dermatite seborreica, Escabiose, Dermatite de contato, Ceratose pilar, Hemangioma, Impetigo, Psoríase, Tinha capitis, Vitiligo, Ictiose vulgar, e Molusco contagioso. As dermatoses do nosso estudo que corresponderam a de outros estudos ambulatoriais foram: Dermatite atópica, Prurigo estrófulo, Verrugas, Pitíriase alba, Dermatite seborreica, Escabiose e Impetigo.

As do nosso estudo que corresponderam aos estudos populacionais foram: Dermatite atópica, Prurigo estrófulo, Pitiríase alba, Escabiose e Impetigo. Na distribuição das dermatoses por faixa etária pediátrica, algumas dermatoses não estão incluídas dentro das 15 dermatoses mais freqüentes por nós encontradas: nos neonatos a Tinha corporis, Epidermólise bolhosa e a Dermatite da área de fralda, e na puberal a Acne.

O trabalho, mesmo sendo realizado a nível hospitalar (nível terciário), refletiu o que se observa em outros estudos realizados nos países em desenvolvimento; um predomínio de dermatoses dos seguintes grupos: Eczemas (Dermatite Atópica), Infecções Virais (Verrugas), Infecções Bacterianas (Impetigo) e Ectoparasitos.(Escabiose).

A Dermatite Atópica foi a dermatose mais freqüente na faixa etária pediátrica, refletindo o encontrado em estudos na literatura mundial.

A mudança no perfil das dermatoses atendidas no ambulatório, diminuição das consultas de dermatoses de resolução a nível de atenção primária de saúde (Dermatite seborreica, Impetigo e Candidíase) e aumento do encaminhamento das mais raras (Ictiose lamelar, Epidermólise bolhosa, e Kérion Celsi), pode ser evidência de que o ensino de Dermatologia Pediátrica para o Pediatra Geral está sendo adequado.

QUADRO A1 - DADOS DAS DERMATOSES ESTUDADAS NO PERÍODO DE 1978 A 1996

Nº	ANO	MÊS	DIAGNÓSTICO	REGISTRO	SEXO	IDADE ⁽¹⁾					PROCEDÊNCIA	UF
						CON- SULTA	CLASSE	APARECI- MENTO	CLASSE	OCR		
404	78	-	Ceratose pilar	940.291	F	-	-	-	-	-	-	-
1.060	78	-	Dermatite atópica	801.672	F	-	-	-	-	-	-	-
4.464	78	-	Hemangioma	4.526.694	M	156,0	P	-	-	-	-	-
5.533	78	3	Leishmaniose	5.940.265	M	144,0	E	133,0	E	B	Cianorte	PR
5.534	78	12	Leishmaniose	8.017.867	M	84,0	E	78,0	E	B	Guaira	PR
9.670	78	-	Vitiligo	3.666.867	F	156,0	P	-	-	B	Curitiba	PR
3.264	79	-	Eczema microbiano	440.610	M	-	-	-	-	-	-	-
3.265	79	-	Eczema microbiano	8.054.282	M	144,0	E	-	-	-	-	-
3.306	79	5	Eczema numular	7.178.603	M	20,0	PE	3,0	L	B	Curitiba	PR
3.607	79	3	Escabiose	469.880	M	-	-	-	-	B	Curitiba	PR
3.608	79	-	Escabiose	4.677.170	M	-	-	-	-	-	-	-
4.064	79	-	Esporotricose	4.544.536	F	96,0	E	-	-	-	-	-
4.118	79	-	Ferimento	7.057.067	M	79,0	E	77,0	E	B	Curitiba	PR
4.960	79	-	Ictiose	4.573.692	F	144,0	E	-	-	-	-	-
4.961	79	-	Ictiose	457.368	F	-	-	-	-	-	-	-
4.996	79	-	Ictiose vulgar	8.025.932	M	36,0	PE	-	-	-	-	-
4.997	79	-	Ictiose vulgar	8.058.253	M	156,0	P	-	-	-	-	-
4.998	79	2	Ictiose vulgar	4.553.730	M	120,0	E	96,0	E	B	Iretama	PR
5.537	79	-	Leishmaniose	4.581.520	M	144,0	E	-	-	-	-	-
5.538	79	-	Leishmaniose	8.051.224	M	156,0	P	-	-	-	-	-
5.539	79	-	Leishmaniose	8.035.849	M	72,0	E	-	-	-	-	-
5.678	79	-	Liquen nítido	5.668.093	F	84,0	E	-	-	B	Colombo	PR
8.244	79	-	Reação à droga	8.049.866	M	36,0	PE	-	-	-	-	-
8.245	79	-	Reação à droga	4.568.478	F	-	-	-	-	-	-	-
8.277	79	-	Sem diagnóstico	5.564.921	F	32,0	PE	-	-	B	Curitiba	PR
8.279	79	-	Sem diagnóstico	5.166.390	F	129,0	E	124,0	E	B	Curitiba	PR
8.355	79	2	Síndrome de Hartnup	5.723.728	M	154,0	P	120,0	E	B	Curitiba	PR
8.513	79	-	Tinea capitis	4.658.442	M	84,0	E	-	-	-	-	-
8.896	79	-	Tricodistrofia	8.026.831	F	84,0	E	-	-	B	Telêmaco Borba	PR
9.671	79	-	Vitiligo	4.598.709	F	24,0	PE	-	-	-	-	-
324	80	9	Candidíase	724.685	F	3,0	L	3,0	L	B	Bocaiúva do Sul	PR
325	80	-	Candidíase	8.168.989	F	-	-	-	-	-	-	-
408	80	-	Ceratose pilar	3.152.936	M	168,0	P	144,0	E	B	São José dos Pinhais	PR
409	80	-	Ceratose pilar	5.567.998	F	96,0	E	72,0	E	B	Colombo	PR
914	80	7	Dermatite amoniacal	4.817.745	F	121,0	E	96,0	E	B	Curitiba	PR
1.069	80	-	Dermatite atópica	8.177.805	F	-	-	-	-	-	-	-
1.070	80	8	Dermatite atópica	7.237.340	F	7,0	L	7,0	L	B	Curitiba	PR
2.068	80	-	Dermatite de contato	593.355	F	-	-	-	-	-	-	-
2.499	80	9	Dermatite seborreica	724.685	F	3,0	L	3,0	L	B	Bocaiúva do Sul	PR
2.500	80	7	Dermatite seborreica	4.817.745	F	121,0	E	96,0	E	B	Curitiba	PR
2.502	80	9	Dermatite seborreica	724.635	F	3,0	L	2,0	L	B	Curitiba	PR
2.948	80	-	Disidrose	4.788.729	F	144,0	E	-	-	-	-	-
3.031	80	-	Ectima	8.147.655	F	144,0	E	-	-	-	-	-
3.217	80	-	Eczema atópico infectado	4.717.244	M	12,0	L	-	-	-	-	-
3.266	80	-	Eczema microbiano	4.824.660	F	120,0	E	-	-	-	-	-
3.267	80	-	Eczema microbiano	4.281.187	M	-	-	-	-	-	-	-
3.596	80	8	Eritrodermia	4.827.546	F	147,0	P	24,0	PE	PA	Engenheiro Beltrão	PR
3.609	80	-	Escabiose	724.286	F	-	-	-	-	-	-	-
4.360	80	-	Hanseníase	4.837.525	M	84,0	E	84,0	E	B	Colombo	PR
4.370	80	7	Hemangioma	4.817.745	F	121,0	E	96,0	E	B	Curitiba	PR
9.894	96	3	Verruga vulgar	299.559	M	84,0	E	72,0	E	-	-	-
9.895	96	3	Verruga vulgar	14.859.489	F	144,0	E	132,0	E	B	Almirante Tamandaré	PR
9.896	96	3	Verruga vulgar	14.892.621	M	132,0	E	108,0	E	B	Curitiba	PR
9.897	96	3	Verruga vulgar	10.611.261	M	108,0	E	102,0	E	B	Curitiba	PR
9.921	96	5	Verruga vulgar	15.000.627	F	72,0	E	60,0	PE	B	Curitiba	PR
9.922	96	6	Verruga vulgar	7.416.563	M	84,0	E	84,0	E	B	Curitiba	PR
9.945	96	3	Verruga vulgar	10.136.555	F	96,0	E	96,0	E	B	Piraquara	PR
9.946	96	2	Vitiligo	12.620.969	M	-	-	-	-	B	Piraquara	PR
9.947	96	4	Vitiligo	14.767.789	F	168,0	P	165,0	P	B	Teixeira Soares	PR
9.958	96	6	Vitiligo	15.036.303	F	35,0	PE	16,0	L	B	Almirante Tamandaré	PR
9.959	96	9	Vitiligo	12.041.993	M	48,0	PE	4,0	L	B	Curitiba	PR
9.960	96	11	Vitiligo	15.346.655	F	20,0	PE	16,0	L	B	Paranaguá	PR
9.961	96	3	Vitiligo	2.336.553	M	120,0	E	120,0	E	B	Colombo	PR
9.962	96	1	Vitiligo	14.760.326	M	144,0	E	126,0	E	B	Cruzeiro do Oeste	PR
9.963	96	1	Xerodermia	14.083.677	F	120,0	E	24,0	PE	B	São José dos Pinhais	PR
9.976	96	1	Xerodermia	14.712.947	F	108,0	E	60,0	PE	B	Curitiba	PR
9.977	96	1	Xerodermia	14.592.920	M	24,0	PE	18,0	L	B	Ponta Grossa	PR
9.978	96	8	Xerodermia	13.457.620	F	27,0	PE	3,0	L	B	Pinhais	PR
9.988	96	6	Xerodermia	14.436.758	F	120,0	E	117,0	E	B	Curitiba	PR
9.989	96	6	Xerodermia	14.402.950	F	144,0	E	72,0	E	B	Wenceslau Bráz	PR

NOTA: Os dados acima são referentes a uma pequena amostra do total de 9.989 diagnósticos.

(1) Classe (Classificação) da faixa etária pediátrica: N = Neonato; L = Lactente; PE = Pré-Escolar; E = Escolar e P = Puberal.

QUADRO A2 - CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM MEDICINA GERAL⁽¹⁾

CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE	
1) Epiderme - Alterações da diferenciação e cinética celular:	
a) <u>Alterações hiperqueratósicas diversas</u> : Ceratose pilar, Líquen espinuloso, Líquen simples crônico, Nevo Epidérmico, Nevo Epidérmico linear inflamatório (NEVIL), Pitíriase capitis, Pseudotinea amiantária, Xerodermia;	
b) Artrite psoriásica;	
c) <u>Dermatite exfoliativa</u> : Eritrodermia, Exantema;	
d) <u>Dermatoses ictiosiformes</u> : Bebê colóide, Hiperkeratose epidérmica, Ictiose, Ictiose lamelar, Ictiose ligada ao X, Ictiose linear circunflexa, Ictiose reacional por drogas, Ictiose vulgar, Síndrome de Refsum;	
e) Pitíriase rubra pilar;	
f) <u>Poroqueratose</u> : Poroqueratose de Mibelli, Poroqueratose linear;	
g) <u>Psoríase</u> : Psoríase, Psoríase gutata;	
h) <u>Queratodermias hereditárias das palmas e plantas</u> : Hiperkeratose, Hiperkeratose palmoplantar, Hiperkeratose plantar, <i>Knucklepads</i> , Queratólise puntata.	
2) Epiderme-Transtornos da coesão epidérmica e dermoepidérmica, afecções vesiculares e bolhosas:	
a) <u>Dermatite herpetiforme</u> : Dermatite herpetiforme;	
b) <u>Enfermidades mecano-bolhosas (epidermólise bolhosa)</u> : Aplasia cútis congênita, Epidermólise bolhosa, Epidermólise albo-papulóide;	
c) Eritema multiforme;	
d) <u>Erupções pustulosas das palmas e plantas</u> : Acropustulose da infância, Pustulose palmoplantar;	
e) <u>Pênfigo</u> : Pênfigo foliáceo;	
f) <u>Pênfigo familiar benigno</u> ;	
g) <u>Penfigóide bolhoso, Penfigóide cicatricial e Dermatose bolhosa crônica infantil</u> : Dermatite IgA linear, Penfigóide bolhoso;	
h) Síndrome da pele escaldada.	
3) Alterações dos apêndices epidérmicos e transtornos reacionais - Alteração de cabelo:	
a) <u>Alopécias</u> : Alopécia, Alopécia areata, Alopécia cicatricial, Alopécia de tração, Alopécia triangular congênita, Eflúvio telógeno, Pseudopelada de Brocq, Tricotilomania;	
b) <u>Anomalias da pigmentação do pêlo</u> : Canície precoce;	
c) <u>Defeitos estruturais do pêlo</u> : Moniletrix, Pseudomoniletrix, Síndrome do nevo lanoso, Tricodistrofia;	
d) <u>Hipertricose e hirsutismo</u> : Hipertricose, Hipertricose lanuginosa, Hirsutismo;	
e) Alteração de cabelo inespecífica.	
4) Unhas - Padrões de alterações ungueais:	
a) Coiloníquia;	g) Onicogribose;
b) Distrofia canalicular;	h) Onicólise;
c) Hipoplasia ungueal;	i) Paquioníquia congênita;
d) Onicocriptose;	j) Paroníquia, Periungueíte;
e) Onicodistrofia;	k) Pterígio;
f) Onicofagia;	l) Unha alterada.
5) Glândulas sebáceas:	
a) Acne;	
b) Acne Neonatal;	
c) Dermatite seborreica, Rosácea.	
6) Dermatite perioral	
7) Glândulas écrinas:	
a) <u>Afecções com aumento do volume do suor</u> : Disidrose, Hiperidrose, Sudamina.	
8) Glândulas Apócrinas:	
a) Hidradenite.	
9) Tumores epidérmicos e dos apêndices:	
a) Carcinoma basocelular;	
b) <u>Leucoplasia Puntata</u> : Leucodermia puntata;	
c) <u>Tumores dos apêndices cutâneos</u> : Apêndice pré-auricular, Cisto, Cisto branquial, Cisto de inclusão, Cisto dermóide, Cisto epidérmico, Cisto sebáceo, Cisto sinovial, Cisto tireoglossal, Cisto triquilemal, Nevo de Becker, Nevo Sebáceo, Pele redundante, Pilomatricoma, Quiste de mília, Tricoepitelioma múltiplo.	
10) Alterações dos melanócitos :	
a) <u>Hipermelanoses</u> : Acanthose nigricans, Cloasma, Efélides, Eritema discrómico perstans, Hipercriímia residual, Hiperpigmentação, Incontinência pigmenti, Mancha café com leite, Mancha mongólica, Nevo de Ito, Nevo de Ota, Nevo de Spitz, Nevo de Spitz, Nevo Hipercriímico, Pitíriase alba pigmentada, Síndrome de Peutz-Jegher;	
b) <u>Hipomelanoses</u> : Albinismo parcial, Hipomelanose de Ito, Hipocromia residual, Nevo acríímico, Nevo anémico, Nevo hipocríímico, Piebaldismo, Pitíriase alba, Vitiligo;	
c) <u>Neoplasias - Neoplasias benignas, hiperplasias e displasias dos melanócitos</u> : Nevo, Nevo azul, Nevo composto, Nevo conjuntivo, Nevo de Clark, Nevo gigante piloso, Nevo halo, Nevo melanocítico, Síndrome do nevo epidérmico	
d) <u>Xantodermia (cor amarela da pele)</u> : Carotenemia.	

continua

QUADRO A2 - CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM MEDICINA GERAL⁽¹⁾

CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE	
	continuação
11) Alterações da interface dermo-epidérmica e da derme: <ul style="list-style-type: none"> a) Ainhum; b) Dermatite liquenóide, Líquen, Líquen estriado, Líquen nítido; c) <u>Eritemas figurados</u>: Eritema figurado; d) Granuloma anular; e) Intertrigo; f) Líquen plano; g) Parapsoríase; h) <u>Pitíriase liquenóide</u>: Pitíriase liquenóide aguda, Pitíriase liquenóide crônica; i) Pitíriase rósea. 	
12) Transtornos da derme: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Neoplasias, pseudoneoplasias, hiperplasias e micinose originadas no tecido de sustentação</u>: Acrocórdon, Cicatriz, Cicatriz hipertrófica, Dermatofibroma, Dermatofibrosarcoma protuberans, Fibrohemangioma tuberoso, Fibroma, Fibromatose plantar juvenil, Fibrose residual de pele, Fibroxantoma, Fístula anal, Fístula branquial, Fístula odontogênica, Granuloma, Granuloma de corpo estranho, Granuloma umbilical, Histiocitoma eruptivo, Nódulo, Prega mucosa anal, Quelóide, Tumor. 	
13) Neoplasias e hiperplasias de origem neural e muscular: <ul style="list-style-type: none"> a) Hamartoma, Hamartoma de músculo liso; b) <u>Linfoma cutâneo de células T e com infiltrações leucêmicas e linfomatosas da pele</u>: Linfocitoma cútis; c) <u>Neoplasias, pseudoneoplasias e hiperplasias vasculares</u>: Angioma serpiginoso, Angioqueratoma, Cútis marmorata telangiectásica congênita, Displasia venosa, Granuloma piogênico, Hemangioma, Hemangioma cavernoso, Hemangioma plano, Hemangiomatose, Hígroma cístico, Linfangioma, Linfangioma circunscrito, Linfohemangioma, Líquen aureus, Malformação vascular, Nevo arâneo, Nevo flameus, Nevo rubi, Síndrome de Kassabach- Merritt, Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, Telangiectasia, Telangiectasia familiar; d) <u>Pseudolinfomas cutâneos</u>: Nódulos pós-escabióticos, Pseudo linfoma. 	
14) Transtornos do tecido subcutâneo: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Lipodistrofia</u>: Lipodistrofia localizada; b) <u>Paniculites</u>: Eritema nodoso, Paniculite, Paniculite traumática. 	
15) Transtornos do tegumento muco-cutâneo: <ul style="list-style-type: none"> a) Afta; b) <u>Doenças cutâneas dos genitais (feminino e masculino)</u>: Balanopostite, Síndrome de Goltz; c) Estomatite; d) Estomatite herpetiforme; e) Glossite; f) Herpes genital; g) Língua geográfica; h) Mucocel; i) Nevo branco esponjoso; j) Queilite; k) Queilite actínia; l) Penfigóide em mucosas; m) <u>Reações alérgicas e tóxicas e síndromes mucocutâneas</u>: Angioedema. 	
16) Alterações cutâneas em transtornos de reatividade alterada: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Reação cutânea à drogas</u>: Eritema pigmentar fixo, Reação à droga, Síndrome de Stevens-Johnson; b) Reação enxerto-hospedeiro; c) <u>Urticária e angioedema dependentes de IgE</u>: Anafilaxia, Demografismo, Urticária, Urticária aguda, Urticária crônica, Urticária física, Urticária gigante; d) <u>Vasculites</u>: Edema hemorrágico da infância, Granuloma glúteo infantil, Pioderma gangrenoso, Púrpura de Henoch-Schoenlein, Vasculites, Vasculite leucocitoclástica, Vasculite necrotizante, Urticária pigmentar, Urticária vasculite. 	
17) Alterações cutâneas nos transtornos de reatividade alterada-Dermatite eczematosa: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Dermatite atópica</u>: Dermatite atópica, Eczema atópico hipocrômico, Eczema atópico infectado, Eczema seboatópico, Estigmas de atopia, Neurodermite; b) <u>Dermatite eczematosa numular</u>: Eczema numular; c) <u>Eczema</u>: Dermatite amoniacal, Dermatite da área de fralda, Dermatite de contato, Dermatite peri-orbitária, Dermatoftite, Dermatose plantar juvenil, Descamação plantar, Eczema, Eczema agudo, Eczema microbiano, Eczemátide. 	
18) Transtornos devido a agentes físicos: <ul style="list-style-type: none"> a) Céfal-hematoma, Hematoma; b) Cútis marmorata, Perniose; c) Dermatite factícia, Escaras, Escoriação, Escoriação neurótica, Estrias, Ferimento, Ferida contusa crônica, Maceração, Mal perfurante plantar, Necrose de pele, Tilose, Úlcera; d) <u>Queimaduras</u>: Queimadura, Queimadura química; e) <u>Reações anormais a radiação ultravioleta</u>: Ceratose actínica, Dermatite actínica, Erupção polimorfa á luz, Fitofotodermatose, Fotossensibilidade, Hidroa estival, Síndromes de Rothmund-Thomson. 	

continua

QUADRO A2 - CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM MEDICINA GERAL⁽¹⁾

CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS DE PELE	
	continuação
19) Lesões cutâneas nos transtornos nutricionais, metabólicos e hereditários:	
a) <u>Acrodermatite enteropática e outros transtornos por deficiência de Zinco</u> : Acrodermatite enteropática;	
b) <u>A genética em relação com a pele</u> : Displasia ectodérmica, Doença de Leiner, Síndrome de Down, Síndrome de Werner, Síndrome de Turner;	
c) <u>Alterações cutâneas nos transtornos nutricionais</u> : Pelagra;	
d) <u>Alterações cutâneas nos defeitos do metabolismo do aminoácido</u> : Síndrome de Hartnup.	
20) Dermatologia e medicina interna:	
a) <u>Dislipoproteinemias e xantomatoses</u> : Hiperlipidemia, Lipoproteinemia;	
b) <u>Enfermidades hereditárias com sensibilidade aumentada as lesões celulares</u> : Síndrome de Bloom; Xeroderma Pigmentoso;	
c) <u>Pele e tecido subcutâneo: calcificação, ossificação e tumores</u> : Exostose subungueal;	
d) <u>Porfirias</u> : Porfíria;	
e) <u>Transtornos hereditários do tecido conectivo com alterações cutâneas</u> : Cúlis vertice girata, Hipertrofia de membro, Síndrome de Ehlers-Danlos;	
f) <u>Tumores do tecido adiposo subcutâneo</u> : Lipoma.	
21) Manifestações cutâneas das doenças em outros sistemas orgânicos:	
a) <u>Alterações cutâneas da doença vascular periférica</u> : Fragilidade capilar, Livedo reticular, Lividez simétrica plantar;	
b) <u>Aspectos cutâneos das doenças malignas internas</u> : Neuroblastoma;	
c) <u>Dermatomiosite</u> : Dermatomiosite, Polimiosite;	
d) <u>Doenças neurocutâneas</u> : Esclerose tuberosa, Facomatose, Facomatose pigmentovascular, Mielomeningocele, Neurofibromatose, Síndrome de Sturge-Weber, Síndrome de Waardenburg-Klein;	
e) <u>Esclerodermia</u> : Esclerodermia, Esclerodermia em golpe de sabre, Esclerodermia em placa, Esclerodermia linear, Esclerodermia segmentar, Líquen escleroatrófico, Síndrome de Pare-Romberg;	
f) <u>Lúpus eritematoso</u> : Lúpus eritematoso discóide, Lúpus neonatal;	
g) <u>Manifestações cutâneas da doença reumática</u> : Artrite reumatóide, nódulos pseudoreumatóides;	
h) <u>Manifestações cutâneas da doença hepatobiliar</u> : Prurido;	
i) <u>Manifestações cutâneas dos transtornos endócrinos</u> : Síndrome de Cushing;	
j) <u>O Síndrome de mastocitose</u> : Mastocitoma, Mastocitose;	
k) <u>Pele e sistema Hematopoiético</u> : Equimose, Púrpura fulminans, Púrpura pigmentar crônica, Púrpura trombocitopênica, Síndrome de Gardner-Diamond;	
l) <u>Sarcoidose da pele</u> : Sarcoidose;	
m) <u>Síndromes de histiocitose</u> : Granuloma eosinófilo, Histiocitose X, Xantogranuloma juvenil, Xantoma;	
n) <u>Outras manifestações cutâneas não mencionadas anteriormente</u> : Colagenose.	
22) Transtornos devidos a agentes microbianos:	
a) <u>Doenças bacterianas com compromisso cutâneo</u> : Abscesso cutâneo, Adenite, Blefarite, Celulite, Dactilite, Ectima, Erisipela, Escarlatina, Estreptococcia, Foliculite, Furúnculo, Hordéolo, Impetigo, Impetigo bolhoso, Parotidite crônica, Sinovite;	
b) <u>Doenças micobactérias</u> : Hanseníase.	
c) <u>Doenças micobacterianas-Tuberculose e infecções micobacterianas atípicas</u> : Spina ventosa;	
23) Doenças micóticas com compromisso cutâneo:	
a) <u>Infecções micológicas-Dermatofitoses superficiais</u> : Candidíase, Dermatofitose, Kerion Celsi, Onicomicose, Pitiríase versicolor, Tinea, Tinea capitis, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea pedis, Tricomicose;	
b) <u>Infecções micóticas profundas</u> : Blastomicose, Esporotricose, Paracoccidioidomicose;	
24) Doenças produzidas por Rickettsias e por vírus com um compromisso cutâneo:	
a) <u>Doença de Kawasaki</u> : Doença de Kawasaki, Síndrome Kawasaki-like;	
b) <u>Doenças virais</u> : Doença de Gianotti-Crosti, Doença mão-pé-boca, Eritema Infeccioso, Erupção variceliforme de Kaposi, Exantema viral, Herpes simples, Herpes Zoster, Molusco contagioso, Panarício, Rubéola, Sarampo, Varicela, Verruga, Verruga filiforme, Verruga plana, Verruga plantar, Verruga vulgar.	
25) Doenças transmitidas sexualmente:	
a) <u>Sífilis e outras treponematoses</u> : Condiloma acuminado, Condiloma plano, Roséola sífilítica, Sífilis.	
26) Mordida de animais, infestações e picadas de insetos:	
a) <u>Infecções por protozoários e helmintos</u> : Larva migrans, Leishmaniose, Míiase;	
b) <u>Mordidas e picadas de artrópodos</u> : Escabiose, Escabiose crostosa, Escabiose infectada, Pediculose, Picada de aranha, Picada de inseto, Prurigo de Hebra, Prurigo estrófulo, Tungíase.	
27) Manifestações cutâneas dos Síndromes de imunodeficiência:	
a) Imunodeficiência, Síndrome da imunodeficiência adquirida, Síndrome de Chediak-Higashi.	
28) Outras classificações não especificadas anteriormente:	
a) Doença de Milroy, Síndrome de Aarskog, Síndrome de Russel-Silver.	
29) Sem diagnóstico	

(1) FITZPATRICK, T.B., 1988.

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
22	A Abscesso cutâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	1	-	-	2	-	2	1	10
10	A Acantose nigricans	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	-	2	1	1	1	10
5	A Acne	-	-	-	-	-	3	-	1	1	1	1	2	3	5	1	9	5	15	19	66
5	B Acne neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
12	A Acrocórdon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	1	4
19	A Acrodermatite enteropática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
2	D Acropustulose da infância	-	-	-	-	-	1	1	3	3	2	4	1	1	1	1	-	2	1	-	21
22	A Adenite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
15	A Afta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
11	A Ainhum	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	3
10	B Albinismo parcial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
3	A Alopecia	-	-	-	-	-	2	2	3	3	-	1	3	2	3	-	-	2	1	2	24
3	A Alopecia areata	-	-	-	-	-	7	2	8	11	4	5	11	14	16	8	9	8	8	10	121
3	A Alopecia cicatricial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	3	1	2	1	11
3	A Alopecia de tração	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	3
3	A Alopecia triangular congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
3	E Alteração de cabelo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
16	C Anafilaxia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
15	M Angioedema	-	-	-	-	-	-	1	2	1	1	1	1	-	2	-	1	2	2	-	14
13	C Angioma serpiginoso	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	2	8
13	C Angioqueratoma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
9	C Apêndice préauricular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
2	B Aplasia cutis congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	3
1	B Artrite psoriásica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
21	G Artrite reumatóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
15	B Balanopostite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
1	D Bebê colódio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
23	B Blastomicose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
22	A Blefarite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
23	A Candidíase	-	1	2	1	-	4	3	7	8	3	7	4	2	3	5	2	3	9	7	71
3	B Canície precoce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	4
9	A Carcinoma basocelular	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3
10	D Carotenemia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
18	A Céfalohematoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
22	A Celulite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	3
18	E Ceratose actínica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1	A Ceratose pilar	1	3	2	1	1	12	31	21	14	11	21	38	36	39	37	29	20	26	29	372
12	A Cicatriz	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	3	3	1	3	1	1	4	-	19
12	A Cicatriz hipertrófica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	1	1	6
9	C Cisto	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
9	C Cisto branquial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
9	C Cisto de inclusão	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	1	6
9	C Cisto dermóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
9	C Cisto epidérmico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	2	-	2	-	-	3	-	-	10
9	C Cisto sebáceo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	3	5
9	C Cisto sinovial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
9	C Cisto tireoglossal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	5

Continua

continuação

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
9 C	Cisto triquilemal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
10 A	Cloasma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
4 A	Coiloníquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	5
21 N	Colagenose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2
25 A	Condiloma acuminado	-	2	-	-	-	2	4	3	2	7	6	-	2	4	5	1	2	3	3	46
25 A	Condiloma plano	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5
18 B	Cúteis marmorata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
13 C	Cúteis marmorata telangiectásica congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	4	1	7
20 E	Cúteis vértice girata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
22 A	Dactilite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
18 E	Dermatite actínica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	2	-	-	-	-	2	-	-	9
17 C	Dermatite amoniacal	-	-	1	-	1	4	8	4	1	9	7	19	7	2	6	-	2	2	7	80
17 A	Dermatite atópica	3	6	2	2	7	33	57	60	44	43	53	65	78	89	67	69	117	99	91	985
17 C	Dermatite da área de fralda	-	-	-	-	-	1	2	7	7	6	6	12	6	4	6	5	5	9	10	86
17 C	Dermatite de contato	-	3	1	1	1	11	21	25	22	18	17	40	38	36	34	22	33	23	29	375
18 C	Dermatite factícia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	1	4	4	2	15
2 A	Dermatite herpetiforme	-	-	1	1	-	-	1	2	2	1	3	1	2	2	1	1	1	1	-	20
2 G	Dermatite IgA linear	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
11 B	Dermatite liquenóide	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	1	1	7
6 -	Dermatite perioral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	4	1	2	2	12
17 C	Dermatite periorbitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
5 C	Dermatite seborreica	1	2	4	3	6	21	20	49	29	15	34	33	26	24	19	13	26	36	33	394
12 A	Dermatofibroma	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	4	-	-	1	1	-	9
12 A	Dermatofibrosarcoma protuberans	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
17 C	Dermatofitose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
23 A	Dermatofitose	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
21 C	Dermatomiosite	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	4
17 C	Dermatose plantar juvenil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	6	4	5	3	5	2	30
16 C	Dermogrfismo	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	1	2	1	1	2	-	1	11
17 C	Descamação plantar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
7 A	Disidrose	-	-	1	1	-	1	3	3	4	4	2	8	6	2	7	3	11	8	6	70
19 B	Displasia ectodérmica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
13 C	Displasia venosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
4 B	Distrofia canalicular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
24 B	Doença de Gianotti-Crosti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
24 A	Doença de Kawasaki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
19 B	Doença de Leiner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
28 A	Doença de Milroy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
24 B	Doença mão-pé-boca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	3
22 A	Ectima	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	7
17 C	Eczema	-	-	-	-	-	5	2	-	-	2	4	1	1	4	-	1	-	3	1	24
17 C	Eczema agudo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	1	-	-	1	6
17 A	Eczema atópico hipocromiante	-	-	-	-	-	-	15	18	12	24	22	12	11	17	5	9	2	-	-	147
17 A	Eczema atópico infectado	-	-	1	-	2	3	1	2	2	8	2	4	3	3	3	3	6	-	6	49
17 C	Eczema microbiano	-	2	2	-	1	3	2	2	6	4	1	1	3	2	1	2	3	4	3	42
17 B	Eczema numular	-	1	-	-	-	2	1	-	1	1	3	4	-	-	-	1	1	2	5	22
17 A	Eczema seboatópico	-	-	-	-	-	4	-	6	6	5	5	9	3	3	6	10	4	2	1	64

Continua

continuação

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
17	C	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
16	D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
10	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	5	2	5	2	5	3	27
3	A	-	-	-	1	-	-	1	1	1	3	3	8	7	6	3	6	8	7	2	57
2	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
2	B	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	2	2	-	3	-	2	2	2	17
21	K	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
22	A	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	2	1	1	-	2	-	1	11
10	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
11	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
24	B	-	-	-	-	-	-	3	1	1	-	1	4	-	1	-	1	-	-	-	12
2	C	-	-	-	-	1	2	5	4	-	1	2	1	2	1	-	1	4	6	1	31
14	B	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	4	-	1	2	-	1	11
16	A	-	-	-	-	-	-	3	2	1	-	2	1	3	2	1	-	2	3	7	27
1	C	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	6
18	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	-	-	4
24	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
26	B	-	2	1	2	-	18	21	37	33	22	26	40	25	38	24	17	26	29	30	391
26	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
26	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5	6
18	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
22	A	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	2	-	1	7
21	E	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	1	4	1	10
21	E	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3	-	1	1	-	-	2	1	-	10
21	E	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	5
21	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	2	-	1	6
21	D	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3	1	2	1	1	1	2	13
18	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
18	C	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
23	B	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1	-	-	5
17	A	-	-	-	-	-	4	-	1	1	-	2	1	-	-	-	-	-	1	-	10
15	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
15	D	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4
22	A	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	4
18	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	1	1	1	4	1	14
1	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	4
24	B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	3
20	C	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	1	5
21	D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
21	D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
18	C	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
18	C	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
12	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
12	A	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	4
12	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2
12	A	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Continua

continuação

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
12	A	Fistula anal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
12	A	Fistula branquial	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
12	A	Fistula odontogênica	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
18	E	Fitofotodermatose	-	-	-	1	-	2	1	2	1	4	3	8	3	4	3	4	3	6	46
22	A	Foliculite	-	-	-	-	3	3	3	2	9	4	11	2	-	3	-	3	1	2	46
18	E	Fotossensibilidade	-	-	-	-	1	-	1	-	2	2	-	-	2	1	-	2	1	2	14
21	A	Fragilidade capilar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
22	A	Furúnculo	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	1	2	3	1	2	4	1	18
15	E	Glossite	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12	A	Granuloma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
11	D	Granuloma anular	-	-	-	-	-	-	4	2	-	5	2	3	3	2	2	4	5	4	36
12	A	Granuloma de corpo estranho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
21	M	Granuloma eosinofílico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
16	D	Granuloma glúteo infantil	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4
13	C	Granuloma piogênico	-	-	-	-	-	2	2	3	2	4	4	3	2	5	1	6	5	1	40
12	A	Granuloma umbilical	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-	1	7
13	A	Hamartoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
13	A	Hamartoma de músculo liso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
22	B	Hanseníase	-	-	1	1	-	-	1	1	-	4	-	-	1	-	-	-	-	1	10
13	C	Hemangioma	1	-	1	-	5	3	5	5	13	8	8	4	3	1	-	2	8	29	96
13	C	Hemangioma caveroso	-	-	1	-	2	4	4	5	17	14	32	22	19	24	19	31	39	20	253
13	C	Hemangioma plano	-	-	-	-	-	1	2	2	-	4	7	3	2	3	3	5	3	8	43
13	C	Hemangiomatose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
18	A	Hematoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
15	F	Herpes genital	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
24	B	Herpes simples	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-	1	-	7	2	4	18
24	B	Herpes zoster	-	-	-	1	-	1	2	1	1	1	1	1	-	-	1	-	1	1	14
8	A	Hidradenite	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
18	E	Hidroa estival	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
13	C	Higroma cístico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
1	H	Hiperceratose	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	1	1	8
1	D	Hiperceratose epidermolítica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	1	4
1	H	Hiperceratose palmoplantar	-	-	-	-	1	-	9	7	5	3	1	-	6	1	8	6	7	1	55
1	H	Hiperceratose plantar	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5
10	A	Hipercromia residual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	1	2	-	8
7	A	Hiperidrose	-	-	-	-	1	1	1	2	1	1	1	-	2	8	3	2	3	3	29
20	A	Hiperlipidemia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
10	A	Hiperpigmentação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
3	D	Hipertricose	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	2	7
3	D	Hipertricose lanuginosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
20	E	Hipertrofia de membro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
10	B	Hipocromia residual	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	2	-	1	4	5	2	17
10	B	Hipomelanose de Ito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	3	2	8
4	C	Hipoplasia ungueal	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3
3	D	Hirsutismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
12	A	Histiocitoma eruptivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
21	M	Histiocitose x	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	2	-	-	-	1	-	-	6
22	A	Hordéolo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2	4

Continua

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
1 D	Ictiose	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
1 D	Ictiose lamelar	-	-	-	-	1	-	1	-	4	-	-	1	2	4	4	1	3	4	5	30
1 D	Ictiose ligada ao x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
1 D	Ictiose linear circunflexa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
1 D	Ictiose reacional por drogas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1 D	Ictiose vulgar	-	3	2	1	1	12	6	19	8	8	11	21	10	13	10	12	12	16	12	177
22 A	Impetigo	-	3	-	1	4	22	15	28	23	12	14	16	16	20	10	7	17	28	15	251
22 A	Impetigo bolhoso	-	-	-	-	-	2	-	2	3	2	-	1	3	2	1	1	4	2	-	23
27 A	Imunodeficiência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	4
10 A	Incontinência pigmenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-	-	2	1	2	9
11 E	Intertrigo	-	1	1	1	1	1	4	4	-	2	3	3	6	4	5	2	5	-	3	46
23 A	Kerion Celsi	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	3	1	1	2	-	3	15
1 H	Knuclepads	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	5
26 A	Larva Migrans	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	4	-	-	-	-	1	-	7
26 A	Leishmaniose	3	4	-	-	-	1	1	3	6	2	2	-	1	-	1	1	2	3	2	32
9 B	Leucoderma puntata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
13 C	Linfangioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3	5
13 C	Linfangioma circunscrito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
13 B	Linfocitoma cútis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
13 C	Linfohemangioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
15 G	Língua geográfica	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	-	-	-	-	1	-	2	7
14 A	Lipodistrofia localizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
20 F	Lipoma	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	3
20 A	Lipoproteinemia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
11 B	Líquen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	3
13 C	Líquen aureus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
21 E	Líquen escleroatrófico	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
1 A	Líquen espinuloso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
11 B	Líquen estriado	-	-	2	1	-	2	2	7	1	3	5	2	6	10	6	5	8	8	12	80
11 B	Líquen nítido	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	5	4	2	1	2	-	2	4	1	24
11 F	Líquen plano	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-	2	-	-	-	2	-	1	1	-	10
1 A	Líquen simples crônico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	5
21 A	Livedo reticular	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
21 A	Lividez simétrica plantar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
21 F	Lúpus eritematoso discóide	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	5
21 F	Lúpus neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
18 C	Maceração	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
13 C	Mal formação vascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-	-	1	5
18 C	Mal perfurante plantar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
10 A	Mancha café com leite	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3
10 A	Mancha mongólica	-	-	-	-	1	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	2	3	2	13
21 J	Mastocitoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	3
21 J	Mastocitose	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	7
21 D	Mielomeningocele	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
26 A	Miíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
24 B	Molusco contagioso	-	1	1	-	-	2	2	10	7	2	5	10	21	16	11	10	16	31	16	161
3 C	Moniletrix	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3
15 H	Mucocele	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	-	-	1	-	2	5	13

Continua

continuação

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
18	C	Necrose de pele	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
21	B	Neuroblastoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
17	A	Neurodermite	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	1	-	-	4	-	1	-	-	9
21	D	Neurofibromatose	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	1	2	5	2	5	4	7	6	35
1	A	Nevil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	4
10	C	Nevo	-	-	-	-	4	2	1	-	-	2	3	-	4	1	1	4	2	2	26
10	B	Nevo acrómico	-	-	-	-	1	1	2	-	-	2	-	-	1	-	-	5	-	-	12
10	B	Nevo anêmico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	1	4
13	C	Nevo arâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	1	4	5	15
10	C	Nevo azul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	4
15	I	Nevo branco esponjoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
10	C	Nevo composto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
10	C	Nevo conjuntivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	4
9	C	Nevo de Becker	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
10	C	Nevo de Clark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
10	A	Nevo de Ito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
10	A	Nevo de Ota	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
10	A	Nevo de Spillus	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3
10	A	Nevo de Spitz	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
1	A	Nevo epidérmico	-	2	1	-	3	-	2	-	3	1	3	5	2	3	4	1	3	3	36
13	C	Nevo flameus	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	1	3	3	15
10	C	Nevo gigante piloso	-	-	-	-	2	-	2	3	-	2	2	1	2	1	3	5	2	-	25
10	C	Nevo halo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	2	2	-	3	1	3	6	20
10	A	Nevo hiperocrômico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
10	B	Nevo hipocrômico	-	-	-	1	-	1	1	2	-	3	6	5	9	9	10	8	10	16	81
10	C	Nevo melanocítico	-	-	-	-	-	-	4	7	3	4	4	8	9	6	11	13	16	17	102
13	C	Nevo rubi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
9	C	Nevo sebáceo	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	3	3	1	-	-	3	2	2	18
12	A	Nódulo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	1	-	4	-	9
13	D	Nódulo pós escabiótico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	2	5
21	G	Nódulos pseudoreumatóides	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
4	D	Onicocriptose	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	3
4	E	Onicodistrofia	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	3	2	2	2	3	15
4	F	Onicofagia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
4	G	Onicogribose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	4
4	H	Onicólise	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
23	A	Onicomucose	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	1	3	1	2	-	2	12
24	B	Panarício	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
14	B	Paniculite	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
14	B	Paniculite traumática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
4	I	Paquioniquia congênita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2
23	B	Paracoccidioidomicose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
11	G	Parapsoríase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
4	J	Paroníquia	-	-	1	-	1	1	5	3	1	-	1	3	3	1	-	1	-	-	21
22	A	Parotidite crônica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
26	B	Pediculose	-	-	-	-	4	2	2	2	5	2	1	2	3	1	-	1	5	3	33
19	C	Pelagra	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
9	C	Pele redundante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1

Continua

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
2	E	Pênfigo foliáceo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	-	-	4
2	G	Penfigóide bolhoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
15	L	Penfigóide em mucosas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
4	J	Periungueite	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	4	2	-	2	3	1	2	-	17
18	B	Perniose	-	-	-	-	1	2	-	5	1	3	4	3	4	2	4	1	-	3	33
26	B	Picada de aranha	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
26	B	Picada de inseto	-	-	-	-	-	2	3	3	1	-	1	-	-	-	1	1	-	4	16
10	B	Piebaldismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
9	C	Pilomatricoma	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	3	7
16	D	Pioderma gangrenoso	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3
10	B	Pitíriase alba	-	3	-	1	-	14	34	22	15	8	31	46	40	39	36	28	35	58	446
10	A	Pitíriase alba pigmentada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
1	A	Pitíriase capitis	-	-	-	-	1	-	3	6	3	8	5	9	3	2	6	2	3	-	51
11	H	Pitíriase liquenóide aguda	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
11	H	Pitíriase liquenóide crônica	-	-	-	-	1	-	-	2	-	3	-	1	1	-	-	1	1	2	12
11	I	Pitíriase rósea	-	-	1	-	3	1	3	-	-	5	3	3	3	-	1	5	3	1	32
1	E	Pitíriase rubra pilar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
23	A	Pitíriase versicolor	-	1	1	-	1	3	6	4	2	8	17	5	10	6	11	18	11	16	120
21	C	Polimiosite	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
20	D	Porfíria	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	1	-	-	-	7
1	F	Poroceratose linear	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
1	F	Poroqueratose de Mibelli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
12	A	Prega mucosa anal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
21	H	Prurido	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
26	B	Prurigo de Hebra	1	-	-	-	1	3	2	1	2	4	5	2	3	2	2	1	3	3	35
26	B	Prurigo estrófulo	-	5	1	-	3	12	27	47	33	22	29	43	42	45	50	33	62	54	578
13	D	Pseudo linfoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
3	C	Pseudomoniletrix	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
3	A	Pseudopelada de Brocq	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1	A	Pseudotinea amiantácea	-	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	2	3	3	1	-	-	2	16
1	G	Psoríase	-	3	1	2	-	2	4	11	7	12	11	13	25	23	18	21	19	14	216
1	G	Psoríase gutata	-	1	-	-	1	1	2	2	3	8	1	2	5	2	5	8	2	7	50
4	K	Pterígio	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
16	D	Púrpura de Henoch Schoenlein	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	3	-	-	1	-	2	1	3	13
21	K	Púrpura fulminans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
21	K	Púrpura pigmentar crônica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	3
21	K	Púrpura trombocitopênica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2	D	Pustulose palmoplantar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
15	J	Queilite	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-	7
15	K	Queilite actínica	-	-	-	-	-	-	3	5	-	1	2	-	2	3	1	3	1	-	21
18	D	Queimadura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2
18	D	Queimadura química	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12	A	Quelóide	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	4	3	1	3	2	3	19
1	H	Queratólise puntata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	4
9	C	Quiste de Mília	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3	2	2	-	2	-	1	11
16	A	Reação à droga	-	2	-	-	-	4	2	2	1	1	2	1	2	1	-	1	-	4	23
16	B	Reação enxerto-hospedeiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
5	C	Rosácea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1

continua

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
25	A Roséola sifilítica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
24	B Rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
24	B Sarampo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
21	L Sarcoidose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
29	- Sem diagnóstico	-	3	1	1	1	5	1	2	1	2	2	5	7	5	2	1	6	7	15	67
25	A Sífilis	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-	6
27	A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
2	H Síndrome da pele escaldada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4
28	A Síndrome de Aarskog	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
20	B Síndrome de Bloom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
27	A Síndrome de Chediak Higachi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
21	I Síndrome de Cushing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
19	B Síndrome de Down	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
20	E Síndrome de Ehlers-Danlos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
21	K Síndrome de Gardner-Diamond	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
15	B Síndrome de Goltz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
19	D Síndrome de Hartnup	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
13	C Síndrome de Kassabach-Merritt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
24	A Síndrome de Kawasaki-Like	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
13	C Síndrome de Klippel Trenaunay-Weber	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	2	1	1	1	4	-	4	3	1	20
21	E Síndrome de Pare-Romberg	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
10	A Síndrome de Peutz-Jegher	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
1	D Síndrome de Refsum	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
18	E Síndrome de Rothmund Thompson	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
28	A Síndrome de Russel-Silver	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
16	A Síndrome de Stevens-Johnson	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
21	D Síndrome de Sturge-Weber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	2	4	-	1	11
19	B Síndrome de Turner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
21	D Síndrome de Waardenburg-Klein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
19	B Síndrome de Werner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
10	C Síndrome do nevo epidérmico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
3	C Síndrome do nevo lanoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
22	A Sinovite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
22	C Spina ventosa	-	-	-	-	-	-	-	5	-	2	2	3	-	-	-	-	-	-	-	1
7	A Sudamina	-	-	-	-	-	3	2	-	2	2	3	4	4	2	1	1	7	8	5	47
13	C Telangiectasia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	2	7
13	C Telangiectasia familiar	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3
18	C Tilose	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	4
23	A Tinea	-	-	-	1	1	2	4	2	9	7	1	4	2	6	4	1	4	-	-	48
23	A Tinea capitis	-	1	1	-	2	9	8	8	3	9	23	20	26	27	14	12	28	29	28	248
23	A Tinea corporis	-	-	-	-	-	7	2	5	4	1	9	9	13	8	2	4	17	9	6	96
23	A Tinea cruris	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	1	5
23	A Tinea pedis	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2	1	2	2	1	2	5	5	12	34
3	C Tricodistrofia	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3
9	C Tricoepitelioma múltiplo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
23	A Tricomiose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
3	A Tricotilomania	-	1	-	1	-	-	2	4	-	5	7	8	11	8	7	7	10	10	2	83

Continua

continuação

QUADRO A3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATOSES OBSERVADOS NO PERÍODO ESTUDADO

CLASSE	DERMATOSES	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
12 A	Tumor	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	-	-	3	1	5	13
26 B	Tungíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	4
18 C	Úlcera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	3
4 L	Unha (alterada)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
16 C	Urticária	-	-	1	-	-	2	3	10	5	5	2	7	3	6	2	3	4	10	5	68
16 C	Urticária aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	11
16 C	Urticária crônica	-	1	-	-	-	-	-	3	2	1	5	4	3	3	5	-	3	2	9	41
16 C	Urticária física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	2	3	-	8
16 C	Urticária gigante	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
16 D	Urticária pigmentar	-	-	-	1	-	-	-	-	3	-	2	2	5	1	3	3	4	-	3	27
16 D	Urticária vasculite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	2	-	1	9
24 B	Varicela	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	-	-	1	1	-	1	-	1	9
16 D	Vasculite	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	4
16 D	Vasculite leucocitoclástica	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	3
16 D	Vasculite necrotizante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
24 B	Verruga	-	-	-	-	-	9	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
24 B	Verruga filiforme	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	1	-	1	-	2	1	1	10
24 B	Verruga plana	-	-	-	-	-	-	1	1	3	-	-	1	4	2	-	2	1	1	2	18
24 B	Verruga plantar	-	-	-	-	-	1	-	3	4	3	5	5	3	4	3	1	2	4	7	45
24 B	Verruga vulgar	1	1	-	1	1	4	9	20	23	26	37	42	34	26	25	14	28	47	58	397
10 B	Vitiligo	1	1	2	1	-	6	10	15	7	9	9	17	6	24	19	25	24	27	17	220
21 M	Xantogranuloma juvenil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	3
21 M	Xantoma	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
20 B	Xeroderma pigmentoso	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4
1 A	Xerodermia	-	-	-	-	-	-	2	2	1	4	3	1	15	6	2	8	6	15	27	92
	TOTAL	15	70	43	36	47	334	409	630	516	459	658	845	792	819	693	610	948	985	1.080	9.989

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)
Abscesso cutâneo	Abscesso cutâneo L02.9
Acantose nigricans	Acantose nigricans L83
Acne	Acne L70.9
Acne neonatal	Acne neonatal L70.4
Acrocórdon	Outras malformações congênicas especificadas da pele (acrocórdon) Q82.8
Acrodermatite enteropática	Acrodermatite enteropática E 83.2
Acropustulose da infância	Dermatose bolhosa não especificada L13.9
Adenite	Adenite inespecífica I88.9
Afecções granulomatosas da pele e do tecido subcutâneo	Afecções granulomatosas da pele e do tecido subcutâneo L92.9
Aftas	Aftas bucais recidivantes K12.0
Ainhum (Bridas amnióticas)	Ainhum L94.6
Albinismo parcial	Albinismo parcial E70.3
Alopécia	Alopécia L65.9
Alopécia areata	Alopécia areata L63.9
Alopécia cicatricial	Alopécia não especificada L66.9
Alopécia de tração	Arrancar cabelos F98.4
Alopécia triangular congênita	Alopécia congênita Q84.0
Alteração de cabelo	Outras malformações congênicas dos cabelos Q84.2
Anafilaxia	Anafilaxia T78.2
Angioma serpiginoso	Angioma serpiginoso L81.7
Angioedema	Angioedema T78.3
Angioqueratoma	Angioqueratoma D18.0
Apêndice pré-auricular	Apêndice pré-auricular Q17.0
Aplasia cútis congênita	Aplasia cútis congênita Q82.8
Artrite psoriásica	Psoríase L40.9
Artrite reumatóide	Artrite reumatóide M08.0
Balanopostite	Balanopostite N48.1
Bebe colódio	Bebe colódio Q80.2
Blastomicose	Blastomicose B40.9
Blefarite	Blefarite H 01.0
Candidíase	Candidíase B37.9
Candidíase periungueal	Candidíase periungueal B37.2
Acrodermatite enteropática	Acrodermatite enteropática E83.2
Canície precoce	Variações da cor dos cabelos ou dos pelos (cabelos grisalhos prematuros) L67.1
Carotenemia	Outros transtornos especificados da pigmentação L81.8
Carcinoma basocelular	Carcinoma basocelular C44
Carotenemia	Outros transtornos especificados da pigmentação L81.8
Cefalo-hematoma	Cefalo-hematoma devido a traumatismo de parto P12.0
Celulite	Celulite L03.9
Ceratose actínica	Ceratose actínica L57.0
Ceratose pilar	Ceratose pilar Q82.8
Cicatriz	Cicatriz L90.5
Cicatriz hipertrófica	Cicatriz hipertrófica L90.5
Cisto	Neoplasia benigna D36.9
Cisto triquilemal	Cisto pilonidal L05
Cisto branquial	Cisto branquial Q18.0
Cisto de inclusão (de retenção, epidérmico)	Cisto de inclusão L72.0
Cisto dermóide	Cisto dermóide D27
Cisto sebáceo	Cisto sebáceo L72.1
Cisto sinovial	Outras neoplasias benignas da pele D23
Cisto tireoglosso	Cisto tireoglosso Q89.2
Cloasma	Cloasma (idiopático) (sintomático)
Coiloníquia	Coiloníquia L60.3
Colagenose	Comprometimento sistêmico não especificado do tecido conjuntivo M35.9
Condiloma acuminado	Verrugas ano-genitais A63.0
Condiloma plano	Condiloma sífilítico A51.3
Cútis marmorata	Cútis marmórea R23.8
Cútis marmorata telangiectásica congênita	Outras malformações congênicas do tegumento Q84.8
Cútis vertice girata	Cútis vertice girata Q82.8
Dactilite	Dactilite L08.9
Dermatite actínica	Queimadura solar L55
Dermatite amoniacal	Dermatites de contato por irritantes L24
Dermatite da área de fralda, perineal	Dermatite da área de fralda L22
Dermatite de contato	Dermatites alérgicas de contato de causa não especificada L23.9

continua

continuação

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)
Dermatite factícia	Escoriação neurótica L98.1
Dermatite herpetiforme	Doença de Duhring L13.0
Dermatite IgA linear	Dermatite herpetiforme L13.0
Dermatite liquenóide	Liquen L28.0
Dermatite perioral	Dermatite perioral L71.0
Dermatite periorbitária	Dermatite alérgica, contato H01.1
Dermatite seborreica	Dermatite seborreica L21.9
Dermatofibroma	Outras neoplasias benignas da pele D23
Dermatofibrossarcoma protuberans	Dermatofibrossarcoma protuberante C44.9
Dermatofitose	Dermatofitose B35.9
Dermatomiosite	Dermatomiosite juvenil M33.1
Dermatose plantar juvenil	Alergia não especificada T78.4
Dermografismo	Urticária dermatográfica L50.3
Descamação plantar	Alterações na textura da pele R23.4
Disidrose	Pompholix L30.1
Displasia ectodérmica	Displasia ectodérmica Q82.4
Displasia venosa	Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação I83.9
Distrofia canalicular	Distrofia ungueal L60.3
Onicodistrofia	Distrofia ungueal (onicodistrofia) L60.3
Doença de Gianotti Crosti	Acrodermatite papular infantil L44.4
Doença de Haley-Haley	Doença de Haley-Haley Q82.8
Doença de Leiner	Deficiências imunitárias combinadas D81
Doença de Milroy	Doença de Milroy D18.1
Doença de Refsum	Doença de Refsum G60.1
Doença mão-pé-boca	Doença mão-pé-boca B08.4
Ectima	Piodermite L08.0
Eczema	Eczema agudo L25
Eczema seboatópico	Eczema seboatópico L20.9
Eczema agudo	Eczema agudo L25
Dermatite atópica	Dermatite atópica L20.9
Eczema atópico hipocromiante	Eczema atópico hipocromiante L20.9
Eczema Atópico Infectado	Impetiginização de outras Dermatoses L01.1
Eczema microbiano	Auto-sensibilização cutânea,eczemátide L30.2
Eczema numular	Dermatite numular L30.0
Eczemátide	Auto sensibilização cutânea L30.2
Angioedema	Edema angioneurótico T78.3
Edema hemorrágico	Vasculites limitadas à pele L95
Efêlides	Sardas L81.2
Eflúvio telógeno	Eflúvio telógeno L65.0
Epidermólise albopapulóide	Outras epidermólises bolhosas Q81.8
Epidermólise bolhosa	Epidermólise bolhosa Q81
Equimose	Equimoses espontâneas R23.3
Erisipela	Erisipela A46
Eritema discrômico perstans	Eritema discrômico perstans Q82.2
Eritema furado	Eritema marginado na febre reumática L81.2
Eritema infeccioso	Eritema infeccioso B08.3
Eritema Multiforme	Eritema Polimorfo L51
Eritema nodoso	Eritema nodoso L52
Perniose	Outros efeitos especificados de temperatura reduzida T69.8
Eritema pigmentar fixo	Reação à droga ou medicamento não especificado T88.4
Eritrodermia	Eritema e outras erupções cutâneas não especificadas L53.9
Erro metabólico	Distúrbio metabólico não especificado E88.9
Erupção polimorfa á luz	Erupção polimorfa á luz L56.4
Erupção variceliforme de Kaposi	Erupção variceliforme de Kaposi B00.0
Escabiose	Escabiose B86
Escabiose crostosa	Escabiose B86
Escaras	Úlceras de decúbito L89
Escarlatina	Escarlatina A38
Esclerodermia	Esclerodermia L94.0
Esclerodermia em golpe de sabre	Esclerodermia M34.9
Esclerodermia em placa	Esclerodermia morféia L94.0
Esclerodermia linear	Esclerodermia linear L94.1

Continua

continuação

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)	
Esclerose tuberosa	Esclerose tuberosa	Q85.1
Escoriação	Escoriação	T14.0
Escoriação neurótica	Escoriação neurótica	B42.9
Esporotriose	Esporotricose linfocutânea	L25
Estigmas de atopia	Hipersensibilidade-Alergia	T78.4
Estomatite herpetiforme	Gengivostomatite devido ao vírus do herpes	B00.2
Estreptococcia	Escarlatina	A38
Estrias	Estrias atroficas	L90.6
Exantema	Eritema e outras erupções cutâneas não especificadas	R21
Exantema viral	Eritema e outras erupções cutâneas não especificadas	R21
Exostose subungueal	Exostose subungueal	M89.8
Facomatose	Facoma	H35.8
Facomatose pigmento vascular	Facoma	H35.8
Ferida contusa crônica	Traumatismo superficial de região não especificada do corpo(contusão)	T14.0
Ferimento	Ferimento	T14.1
Fibrohemangioma tuberoso	Afecções localizadas do tecido conjuntivo	L94.9
Fibroma	Afecções localizadas do tecido conjuntivo, não especificadas	L94.9
Fibromatose plantar juvenil	Fibromatose plantar	M72.2
Fibrose residual de pele	Cicatrizes e fibrose cutânea	L90.5
Fibroxioma	Fibroxioma	M8830/0
Fístula anal	Fístula reto (para pele)	K60.4
Fístula branquial	Fístula branquial	Q18.1
Fístula odontogênica	Fístula entária	K04.6
Fitofotodermatose	Dermatite de berloque	L56.2
Foliculite	Foliculite	L73.9
Fotossensibilidade	Outras afecções de pele e do tecido subcutâneo relacionadas com a radiação	L59
Fragilidade capilar	Fragilidade capilar	R23.3
Frinoderma	Frinoderma	H21.8
Furúnculo	Furúnculo	L02.9
Gengivite e doenças peri odontais	Gengivite e doenças peri odontais	K05.0
Glossite	Glossite	K14.0
Granuloma	Afecções granulomatosas da pele e do tecido subcutâneo	L92
Granuloma anular	Granuloma anular	L92.0
Granuloma de corpo estranho	Granuloma de corpo estranho da pele e do tecido subcutâneo	L92.3
Granuloma eosinofílico	Granuloma eosinófilo da pele	L92.2
Granuloma glúteo infantil	Outras afecções hipertróficas da pele	L91.8
Granuloma piogênico	Granuloma piogênico	L98.0
Granuloma umbilical	Granuloma umbigo	L92.8
Granulomatose de Werner	Granulomatose de Werner	M31.3
Hamartoma	Hamartoma	Q85.9
Hamartoma de músculo liso	Hamartoma de músculo liso piloso	Q85.9
Hanseníase	Hanseníase	A30.9
Heangioma	Hemangioma cavernoso	D18.0
Hemangioma cavernoso	Hemangioma cavernoso	D18.0
Hemangioma plano	Hemangioma capilar	D18.0
Hemangiomatose	Hemangiomatose infantil	D18.0
Hematoma	Hematoma	T14.0
Hemiatrofia de face(Síndrome de Pare-Romberg)	Esclerodermia	L94.0
Herpes zoster	Herpes zoster	B02.9
Herpes genital	Herpes genital	A60.0
Herpes simples	Herpes simples	B00.5
Hidradenite	Hidradenite supurativa	L73.2
Hidroa estival	Hidroa estival	L56.4
Higroma cístico	Higroma (congénito) (cístico)	D18.1
Hipercarotenemia	Hipercarotenemia	E67.1
Hiperceratose	Hiperceratose	A66.3
Hiperceratose Palmoplantar	Hiperceratose palmoplantar	A66.3
Hiperceratose plantar	Hiperceratose palmar ou plantar	A66.3
Hipercratose epidermolítica	Eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita	Q80.3
Hipercromia residual	Hiperpigmentação pós-inflamatória	L81.0
Hiperidrose	Hiperidrose	R61.9
Hiperlipidemia	Hiperlipidemia	E78.5

Continua

continuação

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)
Hiperpigmentação	Hiperpigmentação L81.8
Hipertricose	Hipertricose L68.9
Hipertricose lanuginosa	Hipertricose lanuginosa Q84.2
Hipertrofia de membro	Outras mal formações congênicas especificadas de membros Q74.8
Hipocromia residual	Outros transtornos ligados á diminuição da formação de melanina L81.6
Hipomelanose de Ito	Outros transtornos ligados á diminuição da formação de melanina L81.6
Hipoplasia ungueal	Hipoplasia de unha Q84.6
Hirsutismo	Hirsutismo L68.0
Histiocitoma eruptivo	Histiocitoma eruptivo M8832/0
Histiocitose cefálica benigna	Histiocitose das células de Langerhans não classificadas em outra parte D76.0
Histiocitose X	Histiocitose X D76.0
Hordéolo	Hordéolo H00.0
Ictiose lamelar	Ictiose Q80.9
Ictiose ligada ao cromossomo X	Ictiose ligada ao cromossomo X Q80.1
Ictiose linear circunflexa	Outras ictioses congênicas Q80.8
Ictiose reacional por drogas	Ictiose adquirida L85.0
Ictiose vulgar	Ictiose vulgaris Q80.0
Impetigo	Infecção secundária L01.0
Impetigo bolhoso	Impetigo bolhoso L00
Imunodeficiência	Imunodeficiência não especificada D84.9
Incontinência pigmenti	Incontinência pigmenti Q82.3
Infecção secundária	Impetiginação de outras dermatoses L01.1
Intertrigo	Intertrigo L30.4
Kerion Celsi	Kerion B35.0
Knuclepads	Coxins interfalângicos M72.1
Larva migrans	Larva migrans B76.9
Leuodermia puntata	Leucodermia não classificada em outra parte L81.5
Linfangioma	Linfangioma D18.1
Linfangioma circunscrito	Linfangioma circunscrito D18.1
Linfohemangioma (Hemolinfangioma)	Hemolinfangioma D18.1
Linfocitoma cútis	Linfomas de células T cutâneas e periféricas C84
Língua geográfica	Língua geográfica K14.1
Lipodistrofia localizada	Lipodistrofia E88.1
Lipoma	Lipoma D17.9
Lipoproteinemia	Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias E78.5
Líquen	Líquen L28.0
Líquen aureus	Líquen L28.0
Líquen escleroatrófico	Líquen escleroatrófico L90.0
Líquen espinuloso	Líquen folicular L66.1
Líquen estriado	Líquen estriado L44.2
Líquen nítido	Líquen nítido L44.1
Líquen plano	Líquen plano L43.9
Líquen simples crônico	Líquen simples L28.0
Leishmaniose	Leishmaniose B55.1
Livedo reticular	Livedo reticular R23.1
Lividez simétrica plantar	Sem diagnóstico R69
Lupus eritematoso discóide	Lúpus eritematoso discóide L93.0
Lupus neonatal	Lupus neonatal P00.8
Maceração	Alterações na tetura da pele R23.4
Mal perfurante plantar	Mal perfurante plantar A30.1
Malformação vascular	Sem diagnóstico
Mancha café com leite	Mancha café com leite L81.3
Mancha mongólica	Nevo não neoplásico congênito Q82.5
Mastocitoma	Mastocitoma D47.0
Mastocitose	Mastocitose Q82.2
Mielomeningocele	Mielomeningocele Q05.9
Míiase	Míiase cutânea B87.9
Sudâmina	Miliária L74.3
Molusco contagioso	Molusco contagioso B08.1
Moniletrix	Moniletrix Q84.1
Mucocele	Mucocele de glândula salivar K11.6
Necrose de pele	Necrose e pele ou tecido celular subcutâneo NCOP R02

Continua

continuação

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)
Neuroblastoma	Neuroblastoma M9500/3
Neurodermite	Neurodermatite circunscrita L28.0
Neurofibromatose	Neurofibromatose Q85.0
Nevil	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo acrómico	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo anêmico	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo arâneo	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo azul	Nevo azul D22
Nevo composto	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo conjuntivo	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo de Becker	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo branco esponjoso	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo de Clark	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo de Ito	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo de Ota	Nevo não neoplásico I78.1
Nevo de Spillus	Nevos melanocíticos D22
Nevo de Spitz	Nevos melanocíticos D22
Nevo epidérmico	Nevo verrucoso Q82.5
Nevo flameus	Nevo flameus Q82.5
Nevo gigante piloso	Nevo piloso D22
Nevo halo	Outros transtornos ligados à diminuição de melanina L81.6
Nevo hiperacrômico	Hiperpigmentação por melanina L81.4
Nevo hipocrômico	Nevo hipocrômico L81.6
Nevo melanocítico	Nevo melanocítico não especificado D22.9
Nevo rubi	Outras neoplasias benignas do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles D21
Nevo sebáceo	Outras neoplasias benignas do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles D21
Nódulo	Tumefação, massa ou tumoração localizadas da pele e do tecido subcutâneo R22
Nódulo pós-escabiótico	Tumefação, massa ou tumoração localizadas da pele e do tecido subcutâneo R22
Nódulos pseudoreumatóides	Tumefação, massa ou tumoração localizadas da pele e do tecido subcutâneo R22
Onicocriptose	Onicocriptose L60.0
Ônicocriptose	Unha encravada L60.0
Onicofagia	Onicofagia F98.8
Onicogribose	Onicogribose L60.2
Onicólise	Onicólise L60.1
Onicomucose	Onicomucose B35.1
Panarício	Panarício L03.0
Paniculite	Paniculite M79.3
Paniculite á frigori	Paniculite M79.3
Paniculite traumática	Paniculite M79.3
Paquioniquia congênita	Paquioniquia Q84.5
Paracoccidioidomicose	Paracoccidioidomicose B41.9
Parapsoríase	Parapsoríase L41.9
Paroniquia	Paroniquia L03.0
Parapsoríase em grandes placas	Parapsoríase em grandes placas L41.4
Parotidite crônica	Parotidite (aguda, crônica) K11.2
Pediculose	Pediculose B85.2
Pelagra	Deficiência de niacina E52
Pele redundante	Outras alterações da pele e as não especificadas R23.8
Pênfigo foliáceo	Pênfigo foliáceo L10.2
Penfigóide bolhoso	Penfigóide bolhoso L12.0
Penfigóide em mucosas	Penfigóide, benigno mucomembranoso L12.1
Periungueite	Afecções das unhas em outras doenças L62.8
Perniose	Pernio T69.1
Picada de aranha	Picada de aranha T63.3
Picada de inseto	Picada de inseto T14.0
Piebalidismo	Outros transtornos da pigmentação L81
Pilomatricoma	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo L72
Pioderma gangrenoso	Pioderma gangrenoso L88
Pitíriase alba	Pitíriase alba L30.5
Pitíriase alba Pigmentada	Pitíriase alba L30.5
Pitíriase capitis	Pitíriase capitis L21.0

Continua

continuação

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)
Pitíriase liquenóide	Pitíriase liquenóide e varioliforme aguda L41.0
Pitíriase liquenóide aguda	Pitíriase liquenóide e varioliforme aguda L41.0
Pitíriase liquenóide crônica	Pitíriase liquenóide crônica L41.1
Pitíriase rosea	Pitíriase rosea L42
Pitíriase rubra pilar	Pitíriase rubra pilar L44.0
Pitíriase versicolor	Pitíriase versicolor B36.0
Pitting ungueal	Outras afecções das unhas L60.8
Polimiosite	Polimiosite M33.2
Porfíria	Porfíria E80.2
Porokeratose	Poroceratose Q82.8
Porokeratose de Mibelli	Outras malformações congênicas especificadas da pele Q28.8
Prega mucosa anal, plicatura	Outras malformações congênicas especificadas da pele Q28.8
Prurido	Prurido L29.9
Prurigo estrófulo	Prurigo L28.2
Prurigo de Hebra	Prurigo L28.2
Pseudo linfoma	Tumefação, massa ou tumoração localizadas da pele e do tecido subcutâneo R22
Pseudo pelada de Brocq	Pseudo pelada de Brock L66.0
Pseudo modiletrix	Moniletrix Q84.1
Pseudotinea amiantácia	Pseudotinea amiantácia R23.4
Psoríase pustulosa de Hallopeau	Acrodermatite continua L40.2
Psoríase	Psoríase L40.9
Psoríase gutata	Psoríase gutata L40.4
Pterígio	Outras afecções das unhas L60.8
Púrpura	Púrpura D69.2
Púrpura de Henoch- Scholein	Púrpura anafilática D69.0
Púrpura fulminans	Coagulação intravascular disseminada D65
Púrpura pigmentar	Dermatose purpúrica pigmentada L81.7
Púrpura pigmentar crônica	Dermatose purpúrica pigmentada L81.7
Púrpura Trombocitopênica	Púrpura trombocitopênica D69.4
Pustulose palmar e plantar	Pustulose palmar e plantar L40.3
Queilite	Queilite K13.0
Queilite actínica	Queilite actínica L56.8
Queimadura	Queimadura T30.0
Queimadura química	Queimadura química T30.0
Quelóide	Quelóide L91.0
Queratólise puntata	Ceratose punctata plantar e palmar L85.2
Quiste de milia	Milium L72.0
Reação à droga (farmacodermia)	Reação à droga T88.4
Reação enxerto - hospedeiro	Rejeição a transplante de medula óssea T86.0
Dermatite liquenóide	Líquen L28.0
Rosácea	Rosácea L71.9
Roséola sifilítica	Roséola sifilítica B06.9
Rubéola	Rubéola B06.9
Sarampo	Sarampo B05.9
Sarcoidose	Sarcoidose D86.9
Sem diagnóstico	Sem diagnóstico R69
Sífilis	Sífilis A53.9
Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)	Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) B23.0
Síndrome da pele escaldada	Síndrome da pele escaldada estafilocócica do recém-nascido, doença de Ritter, Pênfigo neonatal L00
Síndrome de Aarskog	Síndromes com malformações congênicas associadas predominantemente com nanismo Q87.1
Síndrome de Bloom	Síndrome de Bloom Q82.8
Síndrome de Chediak Higachi	Síndrome de Chediak Higachi E70.3
Síndrome de Cushing	Síndrome de Cushing E24.9
Síndrome de Diamond-Gardner	Sensibilização autoeritrocitária D69.2
Síndrome de Down	Síndrome de Down Q90.9
Síndrome de Elher-Danlos	Síndrome de Elher-Danlos Q79.6
Síndrome de Goltz	Outras síndromes com malformações congênicas que acometem múltiplos sistemas Q87
Síndrome de Hartnup	Distúrbios do transporte de aminoácidos E72.0
Doença de Kawasaki	Síndrome de Kawasaki M30.3
Síndrome de Kawasaki Like	Síndrome Kawasaki Like M30.3
Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber	Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber Q87.2
Síndrome de Papillon-Lefrèze	Outras malformações congênicas especificadas da pele Q82.8

Continua

continuação

QUADRO A4 - CORRELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO COM A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)

DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)
Síndrome de Peutz-Jegher	Síndrome de Peutz-Jegher Q85.8
Síndrome de Refsum	Síndrome de Refsum G60.1
Síndrome de Rothmund Thomson	Síndrome de Rothmund Thomson Q82.8
Síndrome de Russel-Silver	Síndrome de Russel-Silver Q87.1
Síndrome de Stevens-Johnson	Síndrome de Stevens Jhonson L51.1
Síndrome de Weber-Christian	Doença de WeberCristian M35.6
Síndrome de Sturge-Weber	Síndrome de Sturge-Weber Q85.8
Síndrome de Turner	Síndrome de Turner Q96.9
Síndrome de Waardenburg-Klein	Síndrome de Waardenburg E70.3
Síndrome do nevo epidérmico	Nevo verrucoso Q82.5
Síndrome do nevo lanoso	Outras malformações congênicas dos cabelos Q84.2
Sinovite	Sinovite M65.9
Sinus pré-auricular	Sinus pré-auricular B17.0
Siringoma	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo L72
Spina ventosa	Tuberculose óssea e das arttulações A18.0
Sudâmina	Miliária L74.3
Telangiectasia	Telangiectasia hemorrágica hereditária I78.1
Telangiectasia familiar	Telangiectasia hemorrágica hereditária I78.1
Tilose (calo)	Calo L84
Tinea capitis	Tinea capitis B35.0
Tinea corporis	Tinea corporis B35.4
Tinea cruris	Tinea cruris B35.6
Tinea pedis	Tinea dos pés B35.3
Tricodistrofia	Outras malformações congênicas dos cabelos Q84.2
Tricoepitelioma múltiplo	Tricoepitelioma múltiplo L72
Tricomiose	Tricomiose A48.8
Tricotilomania	Tricotilomania F63.3
Tumor	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo L72
Tumor glandular	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo L72
Tungíase	Pulga de areia B88.1
Úlcera	Úlcera L98.4
Unha (alterada)	Afecções das unhas, não especificadas L60.9
Urticária	Urticária L50.9
Urticária colinérgica	Urticária colinérgica L50.5
Urticária crônica	Urticária crônica L50.8
Urticária física	Urticária (frio/calor) L50.2
Urticária gigante	Urticária gigante T78.3
Urticária pigmentar (pigmentosa)	Mastocitose Q82.2
Urticária Vasculite	Vasculite L95.9
Varicela	Varicela B01.9
Vasculite	Vasculite L95.9
Vasculite leucocitoclástica	Outras vasculites limitadas à pele L95.8
Vasculite necrotizante	Outras vasculites limitadas à pele L95.8
Verruga plana	Verrugas de origem viral B07
Verruga plantar	Verrugas de origem viral B07
Verruga vulgar	Verrugas de origem viral B07
Verruga Filiforme	Verrugas de origem viral B07
Vitiligo	Vitiligo L80
Xantogranuloma juvenil	Xantogranuloma B76.3
Xantoma	Xantoma E75.5
Xeroderma pigmentoso	Xeroderma pigmentar Q82.1
Xerodermia	Xerose cutânea L85.3

NOTA: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10) Vol 3 Versão preliminar- Organização Mundial de Saúde- Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - Universidade de São Paulo 1993 Volumes I, II, III, p 1-73.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEGUNDO OS MUNICÍPIOS QUE COMPOEM A REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA ⁽¹⁾ NO PERÍODO ESTUDADO

MUNICÍPIOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Almirante Tamandaré	-	01	01	01	-	05	09	29	15	19	36
Araucária	-	-	-	01	01	02	02	03	04	01	02
Balsa Nova	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bocaiúva do Sul	-	-	01	-	-	01	-	-	-	02	01
Campina Grande do Sul	-	-	-	-	-	01	02	-	02	-	02
Campo Largo	-	-	-	-	01	04	02	01	04	01	01
Campo Magro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombo	-	03	02	01	03	17	27	44	30	36	46
Contenda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Curitiba	04	16	06	07	13	132	155	243	190	127	291
Fazenda Rio Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaperuçu	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-
Mandirituba	-	-	-	-	-	-	02	02	01	01	04
Pinhais	-	-	-	-	01	03	-	08	09	08	06
Piraquara	-	-	-	-	01	05	16	18	11	06	16
Quatro Barras	-	-	-	-	-	-	01	-	-	02	01
Rio Branco do Sul	-	-	-	-	01	04	05	09	05	09	03
São José dos Pinhais	-	01	02	01	-	07	08	07	07	06	15
Tunas do Paraná	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	04	21	12	11	21	181	230	364	278	218	424

MUNICÍPIOS	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL	
									Nº	%
Almirante Tamandaré	42	52	43	32	34	66	58	71	514	8,4
Araucária	05	06	18	12	08	16	08	07	96	1,6
Balsa Nova	-	-	01	-	-	01	-	-	02	0,0
Bocaiúva do Sul	01	01	-	-	03	-	01	01	12	0,2
Campina Grande do Sul	-	02	01	07	01	03	11	03	35	0,6
Campo Largo	12	02	12	07	04	05	04	04	64	1,1
Campo Magro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombo	67	50	68	55	43	82	69	97	740	12,2
Contenda	01	-	01	-	-	-	01	01	04	0,1
Curitiba	328	314	308	238	206	317	366	380	3.641	59,8
Fazenda Rio Grande	-	-	-	-	-	01	06	02	09	0,1
Itaperuçu	01	-	-	-	-	02	-	-	04	0,1
Mandirituba	02	03	03	02	03	09	02	01	35	0,6
Pinhais	08	13	07	09	09	37	43	43	204	3,3
Piraquara	28	27	36	27	25	24	25	30	295	4,8
Quatro Barras	01	02	03	02	02	01	04	06	25	0,4
Rio Branco do Sul	10	07	16	17	18	18	29	38	189	3,1
São José dos Pinhais	23	14	12	18	20	24	22	35	222	3,6
Tunas do Paraná	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	529	493	529	426	376	606	649	719	6.091	100,0

(1) Segundo classificação do IBGE (Micro-região Geográfica de Curitiba).

TABELA 13 - NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DOS AMBULATÓRIOS DE PEDIATRIA E DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, DO HOSPITAL DA CLÍNICAS DA UFPR, NOS PERÍODOS ESTUDADOS

PERÍODO	NÚMERO DE CONSULTAS		% DO ATENDIMENTO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA
	AMBULATORIAIS EM PEDIATRIA	NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA	
78 / 81	53.119	148	0,2
82 / 85	72.472	1.034	1,4
86 / 89	135.197	1.850	1,3
90 / 93	155.509	2.147	1,3
94 / 96 ⁽¹⁾	95.567	2.382	2,4
TOTAL	511.864	7.561	1,5

FONTE: Assessoria de Planejamento (ASPLAN) do Hospital de Clínicas da UFPR, 1999. (1) Período de 3 anos

TABELA 14 - DERMATOSES MAIS COMUNS NA CONSULTA PEDIÁTRICA E SUA FREQUÊNCIA NO PERÍODO ESTUDADO

DERMATOSES	78 / 81		82 / 85		86 / 89		90 / 93		94 / 96		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prurigo estrófulo	06	3,7	89	6,3	127	5,1	170	5,8	186	6,2	578	5,8
Dermatite seborreica	10	6,1	96	6,8	111	4,5	82	2,8	95	3,2	394	3,9
Escabiose	05	3,0	76	5,4	121	4,9	104	3,6	85	2,8	391	3,9
Impetigo	10	6,1	73	5,1	71	2,9	60	2,1	66	2,2	280	2,8
Dermatite da área de fralda	-	-	10	0,7	31	1,3	21	0,7	24	0,8	86	0,9
Sudâmina	-	-	10	0,7	09	0,4	08	0,3	20	0,7	47	0,5
Candidíase	04	2,4	14	1,0	22	0,9	12	0,4	19	0,6	71	0,7
Herpes simples	-	-	01	0,1	03	0,1	01	0,0	13	0,4	18	0,2
Dermatite amoniacal	01	0,6	17	1,2	36	1,5	15	0,5	11	0,4	80	0,8
Pediculose	-	-	08	0,6	10	0,4	06	0,2	09	0,3	33	0,3
TOTAL GERAL	36	22,0	394	27,7	541	21,8	479	16,4	528	17,5	1.978	19,8

TABELA 15 - DERMATOSES MAIS RARAS E SUA FREQUÊNCIA NO PERÍODO ESTUDADO

DERMATOSES	78 / 81		82 / 85		86 / 89		90 / 93		94 / 96		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Psoríase e Psoríase gutata	07	4,3	31	2,2	57	2,3	101	3,5	80	2,7	276	2,8
Vitiligo	05	3,0	31	2,2	42	1,7	74	2,5	68	2,3	220	2,2
Pitiríase versicolor	02	1,2	10	0,7	31	1,3	32	1,1	45	1,5	120	1,2
Alopécia areata	-	-	17	1,2	31	1,3	47	1,6	26	0,9	121	1,2
Liquen estriado	03	1,8	11	0,8	11	0,4	27	0,9	28	0,9	80	0,8
Desidrose	02	1,2	07	0,5	18	0,7	18	0,6	25	0,8	70	0,7
Tricotilomania	02	1,2	06	0,4	20	0,8	33	1,1	22	0,7	83	0,8
Eflúvio telógeno	01	0,6	02	0,1	15	0,6	22	0,8	17	0,6	57	0,6
Neurofibromatose	-	-	01	0,1	03	0,1	14	0,5	17	0,6	35	0,4
Ictiose lamelar	-	-	02	0,1	05	0,2	11	0,4	12	0,4	30	0,3
Eritema pigmentar fixo	-	-	05	0,4	04	0,2	06	0,2	12	0,4	27	0,3
Nevo gigante piloso	-	-	04	0,3	07	0,3	07	0,2	10	0,3	26	0,3
Condiloma acuminado	02	1,2	09	0,6	15	0,6	12	0,4	08	0,3	46	0,5
Quelóide	-	-	01	0,1	01	0,0	09	0,3	08	0,3	19	0,2
S. Klippel Trenaunay-Weber	-	-	01	0,1	05	0,2	06	0,2	08	0,3	20	0,2
Nevo sebáceo	-	-	-	-	07	0,3	04	0,1	07	0,2	18	0,2
Leishmaniose	07	4,3	05	0,4	10	0,4	03	0,1	07	0,2	32	0,3
Hipomelanose de Ito	-	-	-	0,0	01	0,0	-	0,0	07	0,2	08	0,1
Epidermólise bolhosa	-	-	01	0,1	05	0,2	05	0,2	06	0,2	17	0,2
Kerion Celsi	-	-	01	0,1	03	0,1	06	0,2	05	0,2	15	0,2
S Sturge-Weber	-	-	-	-	02	0,1	04	0,1	05	0,2	11	0,1
Incontinência pigmenti	-	-	-	-	02	0,1	02	0,1	05	0,2	09	0,1
TOTAL	31	18,9	146	10,2	296	11,9	443	15,2	428	14,2	1.342	13,4

QUADRO 2 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - DERMATITE ATÓPICA

DADOS	1978 / 1981 (n = 14)		1982 / 1985 (n = 165)		1986 / 1989 (n = 221)		1990 / 1993 (n = 315)		1994 / 1996 (n = 319)		TOTAL (n = 1.034)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	14	100,0	165	100,0	221	100,0	315	100,0	319	100,0	1.034	100,0
• Masculino	05	35,7	93	56,4	115	52,0	172	54,6	155	48,6	540	52,2
• Feminino	09	64,3	72	43,6	106	48,0	143	45,4	164	51,4	494	47,8
COR	04	28,6	131	79,4	191	86,4	301	95,6	308	96,6	935	90,4
• Amarela	-	-	-	-	-	-	02	0,7	01	0,3	03	0,3
• Branca	04	100,0	121	92,4	168	88,0	280	93,0	290	94,2	863	92,3
• Parda	-	-	06	4,6	22	11,5	17	5,6	12	3,9	57	6,1
• Preta	-	-	04	3,0	01	0,5	02	0,7	05	1,6	12	1,3
PROCEDÊNCIA	04	28,6	147	89,1	199	90,0	303	96,2	310	97,2	963	93,1
• Paraná	04	100,0	142	96,6	191	96,0	291	96,0	297	95,8	925	96,1
• Capital	02	50,0	99	69,7	114	59,7	153	52,6	149	50,2	517	55,9
• RMC (Exceto Capital)	01	25,0	35	24,7	65	34,0	126	43,3	127	42,8	354	38,3
• Outros Municípios	01	25,0	08	5,6	12	6,3	12	4,1	21	7,0	54	5,8
• Outros Estados	-	-	05	3,4	08	4,0	12	4,0	13	4,2	38	4,0
IDADE DO APARECIMENTO	04	28,6	144	87,3	203	91,9	267	84,8	253	79,3	871	84,2
• Neonato	01	25,0	06	4,2	06	3,0	06	2,2	06	2,4	25	2,9
• Lactente	02	50,0	66	45,8	81	39,9	87	32,6	98	38,7	334	38,3
• Pré-Escolar	-	-	34	23,6	63	31,0	95	35,6	94	37,1	286	32,8
• Escolar	01	25,0	38	26,4	51	25,1	73	27,4	50	19,8	213	24,5
• Puberal	-	-	-	-	02	1,0	06	2,2	05	2,0	13	1,5
IDADE NA CONSULTA	08	57,1	155	93,9	213	96,4	300	95,2	309	96,9	985	95,3
• Lactente	05	62,5	56	36,1	54	25,4	62	20,7	62	20,1	239	24,3
• Pré-Escolar	-	-	47	30,3	78	36,6	115	38,3	113	36,6	353	35,8
• Escolar	02	25,0	49	31,6	75	35,2	114	38,0	114	36,9	354	35,9
• Puberal	01	12,5	03	2,0	06	2,8	09	3,0	20	6,4	39	4,0
MÊS DA CONSULTA	03	21,4	155	93,9	221	100,0	315	100,0	318	99,7	1.012	97,9
• Janeiro	-	-	10	6,5	20	9,0	24	7,6	18	5,6	72	7,1
• Fevereiro	-	-	06	3,9	26	11,8	24	7,6	22	6,9	78	7,7
• Março	-	-	12	7,7	17	7,7	14	4,4	23	7,2	66	6,5
• Abril	-	-	15	9,7	15	6,8	20	6,4	21	6,6	71	7,0
• Maio	-	-	12	7,7	22	10,0	26	8,3	38	12,0	98	9,7
• Junho	-	-	03	1,9	11	5,0	24	7,6	25	7,9	63	6,2
• Julho	01	33,3	14	9,0	23	10,4	26	8,3	34	10,7	98	9,7
• Agosto	02	66,7	19	12,3	16	7,2	34	10,8	38	12,0	109	10,8
• Setembro	-	-	11	7,1	22	10,0	36	11,4	32	10,1	101	10,0
• Outubro	-	-	26	16,8	24	10,8	25	7,9	30	9,4	105	10,4
• Novembro	-	-	18	11,6	16	7,2	38	12,1	14	4,4	86	8,5
• Dezembro	-	-	09	5,8	09	4,1	24	7,6	23	7,2	65	6,4

QUADRO 3 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - PRURIGO ESTRÓFULO

DADOS	1978 / 1981 (n = 06)		1982 / 1985 (n = 89)		1986 / 1989 (n = 127)		1990 / 1993 (n = 170)		1994 / 1996 (n = 186)		TOTAL (n = 578)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	06	100,0	89	100,0	127	100,0	170	100,0	186	100,0	578	100,0
• Masculino	05	83,3	49	55,1	67	52,8	81	47,6	103	55,4	305	52,8
• Feminino	01	16,7	40	44,9	60	47,2	89	52,4	83	44,6	273	47,2
COR	03	50,0	78	87,6	110	86,6	166	97,6	184	98,9	541	93,6
• Amarela	-	-	-	-	02	1,8	-	-	-	-	02	0,4
• Branca	02	66,7	75	96,1	102	92,7	158	95,2	178	96,7	515	95,2
• Parda	-	-	02	2,6	05	4,6	08	4,8	02	1,1	17	3,1
• Preta	01	33,3	01	1,3	01	0,9	-	-	04	2,2	07	1,3
PROCEDÊNCIA	03	50,0	84	94,4	114	89,8	165	97,1	184	98,9	550	95,2
• Paraná	03	100,0	83	98,8	110	96,5	162	98,2	179	97,3	537	97,6
• Capital	02	66,7	50	60,3	69	62,7	88	54,3	96	53,6	305	56,8
• RMC (Exceto Capital)	01	33,3	29	34,9	32	29,1	64	39,5	67	37,4	193	35,9
• Outros Municípios	-	-	04	4,8	09	8,2	10	6,2	16	9,0	39	7,3
• Outros Estados	-	-	01	1,2	04	3,5	03	1,8	05	2,7	13	2,4
IDADE DO APARECIMENTO	02	33,3	80	89,9	117	92,1	147	86,5	139	74,7	485	83,9
• Neonato	-	-	05	6,3	08	6,8	06	4,1	03	2,2	22	4,5
• Lactente	02	100,0	49	61,2	67	57,3	86	58,5	87	62,6	291	60,0
• Pré-Escolar	-	-	20	25,0	30	25,6	43	29,2	38	27,3	131	27,0
• Escolar	-	-	06	7,5	12	10,3	12	8,2	11	7,9	41	8,5
IDADE NA CONSULTA	06	100,0	85	95,5	125	98,4	165	97,1	181	97,3	562	97,2
• Lactente	03	50,0	38	44,7	58	46,4	66	40,0	71	39,2	236	42,0
• Pré-Escolar	03	50,0	38	44,7	51	40,8	76	46,1	81	44,7	249	44,3
• Escolar	-	-	09	10,6	16	12,8	23	13,9	28	15,5	76	13,5
• Puberal	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,6	01	0,2
MÊS DA CONSULTA	01	16,7	87	97,8	126	99,2	170	100,0	186	100,0	570	98,6
• Janeiro	01	100,0	11	12,6	13	10,3	25	14,7	21	11,3	71	12,5
• Fevereiro	-	-	06	6,9	11	8,7	21	12,4	13	7,0	51	8,9
• Março	-	-	06	6,9	08	6,4	14	8,2	17	9,1	45	7,9
• Abril	-	-	06	6,9	08	6,4	14	8,2	11	5,9	39	6,8
• Maio	-	-	04	4,6	05	4,0	09	5,3	08	4,3	26	4,6
• Junho	-	-	02	2,3	05	4,0	16	9,4	10	5,4	33	5,8
• Julho	-	-	07	8,0	15	11,9	10	5,9	16	8,6	48	8,4
• Agosto	-	-	04	4,6	11	8,7	08	4,7	16	8,6	39	6,8
• Setembro	-	-	04	4,6	09	7,1	19	11,2	17	9,1	49	8,6
• Outubro	-	-	08	9,2	16	12,7	08	4,7	18	9,7	50	8,8
• Novembro	-	-	20	23,0	15	11,9	16	9,4	24	12,9	75	13,2
• Dezembro	-	-	09	10,4	10	7,9	10	5,9	15	8,1	44	7,7

QUADRO 4 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - VERRUGAS

DADOS	1978 / 1981 (n = 03)		1982 / 1985 (n = 53)		1986 / 1989 (n = 152)		1990 / 1993 (n = 120)		1994 / 1996 (n = 154)		TOTAL (n = 482)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	03	100,0	53	100,0	152	100,0	120	100,0	154	100,0	482	100,0
• Masculino	01	33,3	26	49,1	76	50,0	64	53,3	68	44,2	235	48,8
• Feminino	02	66,7	27	50,9	76	50,0	56	46,7	86	55,8	247	51,2
COR	01	33,3	47	88,7	132	86,8	115	95,8	146	94,8	441	91,5
• Amarela	-	-	-	-	-	-	01	0,9	01	0,7	02	0,5
• Branca	01	100,0	41	87,2	116	87,9	107	93,0	140	95,9	405	91,8
• Parda	-	-	01	2,1	14	10,6	07	6,1	02	1,4	24	5,4
• Preta	-	-	05	10,7	02	1,5	-	-	03	2,0	10	2,3
PROCEDÊNCIA	01	33,3	47	88,7	137	90,1	114	95,0	146	94,8	445	92,3
• Paraná	01	100,0	44	93,6	133	97,1	112	98,2	144	98,6	434	97,5
• Capital	01	100,0	30	68,2	83	62,4	57	50,9	78	54,2	249	57,4
• RMC (Exceto Capital)	-	-	09	20,4	43	32,3	46	41,1	56	38,9	154	35,5
• Outros Municípios	-	-	05	11,4	07	5,3	09	8,0	10	6,9	31	7,1
• Outros Estados	-	-	03	6,4	04	2,9	02	1,8	02	1,4	11	2,5
IDADE DO APARECIMENTO	01	33,3	45	84,9	143	94,1	107	89,2	131	85,1	427	88,6
• Lactente	-	-	03	6,7	06	4,2	03	2,8	15	11,4	27	6,3
• Pré-Escolar	01	100,0	09	20,0	36	25,2	37	34,6	31	23,7	114	26,7
• Escolar	-	-	30	66,6	93	65,0	58	54,2	79	60,3	260	60,9
• Puberal	-	-	03	6,7	08	5,6	09	8,4	06	4,6	26	6,1
IDADE NA CONSULTA	02	66,7	48	90,6	145	95,4	117	97,5	149	96,8	461	95,6
• Lactente	-	-	-	-	01	0,7	01	0,9	01	0,7	03	0,7
• Pré-Escolar	01	50,0	09	18,7	26	17,9	24	20,5	19	12,8	79	17,1
• Escolar	01	50,0	32	66,7	100	69,0	74	63,2	113	75,8	320	69,4
• Puberal	-	-	07	14,6	18	12,4	18	15,4	16	10,7	59	12,8
MÊS DA CONSULTA	-	-	52	98,1	152	100,0	120	100,0	154	100,0	478	99,2
• Janeiro	-	-	09	17,3	26	17,1	19	15,8	12	7,8	66	13,8
• Fevereiro	-	-	06	11,5	15	9,9	08	6,7	11	7,2	40	8,4
• Março	-	-	06	11,5	05	3,3	09	7,5	09	5,8	29	6,1
• Abril	-	-	02	3,9	09	5,9	14	11,7	13	8,4	38	7,9
• Maio	-	-	03	5,8	16	10,5	08	6,7	13	8,4	40	8,4
• Junho	-	-	02	3,8	09	5,9	05	4,1	16	10,4	32	6,7
• Julho	-	-	06	11,5	11	7,2	11	9,2	14	9,1	42	8,8
• Agosto	-	-	03	5,8	12	7,9	11	9,2	11	7,2	37	7,7
• Setembro	-	-	05	9,6	10	6,6	13	10,8	18	11,7	46	9,6
• Outubro	-	-	04	7,7	13	8,6	11	9,2	13	8,4	41	8,6
• Novembro	-	-	03	5,8	16	10,5	04	3,3	11	7,2	34	7,1
• Dezembro	-	-	03	5,8	10	6,6	07	5,8	13	8,4	33	6,9

QUADRO 5 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - PITIRÍASE ALBA

DADOS	1978 / 1981 (n = 04)		1982 / 1985 (n = 70)		1986 / 1989 (n = 100)		1990 / 1993 (n = 143)		1994 / 1996 (n = 129)		TOTAL (n = 446)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	04	100,0	70	100,0	100	100,0	143	100,0	129	100,0	446	100,0
• Masculino	01	25,0	39	55,7	61	61,0	69	48,3	76	58,9	246	55,2
• Feminino	03	75,0	31	44,3	39	39,0	74	51,7	53	41,1	200	44,8
COR	01	25,0	55	78,6	86	86,0	137	95,8	124	96,1	403	90,4
• Amarela	-	-	-	-	01	1,2	-	-	01	0,8	02	0,5
• Branca	01	100,0	49	89,1	76	88,4	127	92,7	117	94,4	370	91,8
• Parda	-	-	03	5,4	05	5,8	08	5,8	04	3,2	20	5,0
• Preta	-	-	03	5,5	04	4,6	02	1,5	02	1,6	11	2,7
PROCEDÊNCIA	01	25,0	63	90,0	87	87,0	136	95,1	124	96,1	411	92,2
• Paraná	01	100,0	62	98,4	84	96,6	134	98,5	123	99,2	404	98,3
• Capital	-	-	35	56,5	51	60,7	74	55,2	61	49,6	221	54,7
• RMC (Exceto Capital)	01	100,0	24	38,7	30	35,7	51	38,1	57	46,3	163	40,3
• Outros Municípios	-	-	03	4,8	03	3,6	09	6,7	05	4,1	20	5,0
• Outros Estados	-	-	01	1,6	03	3,4	02	1,5	01	0,8	07	1,7
IDADE DO APARECIMENTO	02	50,0	56	80,0	92	92,0	121	84,6	104	80,6	375	84,1
• Neonato	-	-	02	3,6	03	3,3	02	1,6	02	1,9	09	2,4
• Lactente	-	-	19	33,9	16	17,4	18	14,9	28	26,9	81	21,6
• Pré-Escolar	01	50,0	15	26,8	34	36,9	46	38,0	39	37,5	135	36,0
• Escolar	01	50,0	15	26,8	37	40,2	52	43,0	35	33,7	140	37,3
• Puberal	-	-	05	8,9	02	2,2	03	2,5	-	-	10	2,7
IDADE NA CONSULTA	03	75,0	62	88,6	95	95,0	136	95,1	123	95,3	419	93,9
• Lactente	-	-	10	16,1	07	7,4	13	9,6	13	10,6	43	10,3
• Pré-Escolar	-	-	31	50,0	40	42,1	45	33,1	40	32,5	156	37,2
• Escolar	03	100,0	15	24,2	45	47,4	70	51,5	67	54,5	200	47,7
• Puberal	-	-	06	9,7	03	3,1	08	5,8	03	2,4	20	4,8
MÊS DA CONSULTA	-	-	70	100,0	100	100,0	143	100,0	129	100,0	442	99,1
• Janeiro	-	-	06	8,6	06	6,0	17	11,9	12	9,3	41	9,3
• Fevereiro	-	-	02	2,9	07	7,0	10	7,0	08	6,2	27	6,1
• Março	-	-	08	11,4	09	9,0	10	7,0	07	5,4	34	7,7
• Abril	-	-	10	14,3	06	6,0	10	7,0	04	3,1	30	6,8
• Maio	-	-	04	5,7	12	12,0	12	8,4	11	8,5	39	8,8
• Junho	-	-	02	2,8	03	3,0	05	3,5	16	12,4	26	5,9
• Julho	-	-	02	2,8	06	6,0	18	12,6	17	13,2	43	9,7
• Agosto	-	-	06	8,6	07	7,0	11	7,7	15	11,6	39	8,8
• Setembro	-	-	06	8,6	05	5,0	12	8,4	13	10,1	36	8,2
• Outubro	-	-	10	14,3	10	10,0	13	9,1	10	7,8	43	9,7
• Novembro	-	-	09	12,9	21	21,0	07	4,8	09	7,0	46	10,4
• Dezembro	-	-	05	7,1	08	8,0	18	12,6	07	5,4	38	8,6

**QUADRO 6 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES -
DERMATITE SEBORREICA**

DADOS	1978 / 1981 (n = 10)		1982 / 1985 (n = 96)		1986 / 1989 (n = 111)		1990 / 1993 (n = 82)		1994 / 1996 (n = 95)		TOTAL (n = 394)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	10	100,0	96	100,0	111	100,0	82	100,0	94	98,9	393	99,7
• Masculino	03	30,0	47	49,0	54	48,6	33	40,2	39	41,5	176	44,8
• Feminino	07	70,0	49	51,0	57	51,4	49	59,8	55	58,5	217	55,2
COR	05	50,0	79	82,3	99	89,2	80	97,6	89	93,7	352	89,3
• Branca	04	80,0	75	94,9	90	90,9	76	95,0	82	92,1	327	92,9
• Parda	01	20,0	03	3,8	09	9,1	03	3,8	06	6,8	22	6,2
• Preta	-	-	01	1,3	-	-	01	1,2	01	1,1	03	0,9
PROCEDÊNCIA	05	50,0	80	83,3	103	92,8	80	97,6	88	92,6	356	90,4
• Paraná	05	100,0	80	100,0	98	95,1	79	98,8	85	96,6	347	97,5
• Capital	03	60,0	48	60,0	55	56,1	36	45,6	40	47,0	182	52,4
• RMC (Exceto Capital)	02	40,0	26	32,5	33	33,7	40	50,6	44	51,8	145	41,8
• Outros Municípios	-	-	06	7,5	10	10,2	03	3,8	01	1,2	20	5,8
• Outros Estados	-	-	-	-	05	4,9	01	1,2	03	3,4	09	2,5
IDADE DO APARECIMENTO	06	60,0	81	84,4	95	85,6	75	91,5	78	82,1	335	85,0
• Neonato	-	-	32	39,5	34	35,8	14	18,7	19	24,4	99	29,5
• Lactente	05	83,3	36	44,5	42	44,2	41	54,7	36	46,2	160	47,8
• Pré-Escolar	-	-	05	6,2	08	8,4	05	6,6	08	10,2	26	7,8
• Escolar	01	16,7	07	8,6	08	8,4	12	16,0	10	12,8	38	11,3
• Puberal	-	-	01	1,2	03	3,2	03	4,0	05	6,4	12	3,6
IDADE NA CONSULTA	07	70,0	86	89,6	107	96,4	80	97,6	92	96,8	372	94,4
• Neonato	-	-	06	7,0	06	5,6	01	1,2	01	1,1	14	3,8
• Lactente	05	71,4	64	74,4	75	70,1	53	66,3	61	66,3	258	69,3
• Pré-Escolar	-	-	08	9,3	09	8,4	09	11,2	10	10,9	36	9,7
• Escolar	02	28,6	07	8,1	14	13,1	13	16,3	12	13,0	48	12,9
• Puberal	-	-	01	1,2	03	2,8	04	5,0	08	8,7	16	4,3
MÊS DA CONSULTA	04	40,0	92	95,8	111	100,0	82	100,0	95	100,0	384	97,5
• Janeiro	-	-	07	7,6	08	7,2	05	6,1	01	1,1	21	5,5
• Fevereiro	-	-	06	6,5	04	3,6	05	6,1	06	6,3	21	5,5
• Março	-	-	07	7,6	07	6,3	05	6,1	13	13,7	32	8,3
• Abril	-	-	06	6,5	06	5,4	06	7,3	09	9,5	27	7,0
• Maio	-	-	08	8,7	15	13,6	09	11,0	16	16,8	48	12,5
• Junho	01	25,0	10	10,9	20	18,0	08	9,7	08	8,4	47	12,2
• Julho	01	25,0	07	7,6	10	9,0	05	6,1	11	11,6	34	8,9
• Agosto	-	-	11	12,0	12	10,8	09	11,0	08	8,4	40	10,4
• Setembro	02	50,0	04	4,3	11	9,9	13	15,9	07	7,4	37	9,6
• Outubro	-	-	08	8,7	10	9,0	07	8,5	08	8,4	33	8,6
• Novembro	-	-	10	10,9	04	3,6	06	7,3	04	4,2	24	6,3
• Dezembro	-	-	08	8,7	04	3,6	04	4,9	04	4,2	20	6,2

QUADRO 7 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - ESCABIOSE

DADOS	1978 / 1981 (n = 05)		1982 / 1985 (n = 76)		1986 / 1989 (n = 121)		1990 / 1993 (n = 104)		1994 / 1996 (n = 85)		TOTAL (n = 391)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	05	100,0	76	100,0	121	100,0	104	100,0	85	100,0	391	100,0
• Masculino	03	60,0	41	53,9	62	51,2	57	54,8	48	56,5	211	54,0
• Feminino	02	40,0	35	46,1	59	48,8	47	45,2	37	43,5	180	46,0
COR	02	40,0	71	93,4	108	89,3	102	98,1	84	98,8	367	93,9
• Branca	02	100,0	70	98,6	100	92,6	99	97,1	76	90,5	347	94,5
• Parda	-	-	-	-	06	5,6	03	2,9	06	7,1	15	4,1
• Preta	-	-	01	1,4	02	1,8	-	-	02	2,4	05	1,4
PROCEDÊNCIA	02	40,0	75	98,7	108	89,3	102	98,1	84	98,8	371	94,9
• Paraná	02	100,0	74	98,7	103	95,4	101	99,0	80	95,2	360	97,0
• Capital	02	100,0	51	68,9	64	62,1	60	59,4	38	47,5	215	59,7
• RMC (Exceto Capital)	-	-	21	28,4	31	30,1	38	37,6	38	47,5	128	35,6
• Outros Municípios	-	-	02	2,7	08	7,8	03	3,0	04	5,0	17	4,7
• Outros Estados	-	-	01	1,3	05	4,6	01	1,0	04	4,8	11	3,0
IDADE DO APARECIMENTO	02	40,0	72	94,7	113	93,4	88	84,6	72	84,7	347	88,7
• Neonato	-	-	10	13,9	20	17,7	08	9,1	10	13,9	48	13,8
• Lactente	02	100,0	44	61,1	62	54,9	57	64,8	43	59,7	208	60,0
• Pré-Escolar	-	-	15	20,8	13	11,5	06	6,8	10	13,9	44	12,7
• Escolar	-	-	02	2,8	16	14,1	13	14,8	08	11,1	39	11,2
• Puberal	-	-	01	1,4	02	1,8	04	4,5	01	1,4	08	2,3
IDADE NA CONSULTA	02	40,0	76	100,0	117	96,7	101	97,1	83	97,6	379	96,9
• Neonato	-	-	-	-	-	-	-	-	01	1,2	01	0,3
• Lactente	02	100,0	51	67,1	74	63,3	69	68,3	55	66,3	251	66,2
• Pré-Escolar	-	-	19	25,0	22	18,8	12	11,9	17	20,5	70	18,5
• Escolar	-	-	05	6,6	19	16,2	16	15,8	09	10,8	49	12,9
• Puberal	-	-	01	1,3	02	1,7	04	4,0	01	1,2	08	2,1
MÊS DA CONSULTA	02	40,0	76	100,0	121	100,0	104	100,0	85	100,0	388	99,2
• Janeiro	-	-	05	6,6	10	8,3	11	10,6	02	2,4	28	7,2
• Fevereiro	-	-	07	9,2	09	7,4	11	10,6	09	10,6	36	9,3
• Março	01	50,0	05	6,6	10	8,3	05	4,8	04	4,7	25	6,5
• Abril	-	-	06	7,9	10	8,3	10	9,6	05	5,9	31	8,0
• Maio	-	-	06	7,9	05	4,1	12	11,5	14	16,5	37	9,5
• Junho	01	50,0	06	7,9	14	11,6	07	6,7	07	8,2	35	9,0
• Julho	-	-	08	10,5	18	14,9	16	15,4	05	5,9	47	12,1
• Agosto	-	-	06	7,9	06	4,9	11	10,6	10	11,8	33	8,5
• Setembro	-	-	05	6,6	12	9,9	08	7,7	06	7,0	31	8,0
• Outubro	-	-	07	9,2	05	4,1	07	6,7	06	7,0	25	6,4
• Novembro	-	-	10	13,1	12	9,9	01	1,0	06	7,0	29	7,5
• Dezembro	-	-	05	6,6	10	8,3	05	4,8	11	13,0	31	8,0

QUADRO 8 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - DERMATITE DE CONTATO

DADOS	1978 / 1981 (n = 05)		1982 / 1985 (n = 58)		1986 / 1989 (n = 97)		1990 / 1993 (n = 130)		1994 / 1996 (n = 85)		TOTAL (n = 375)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	05	100,0	58	100,0	97	100,0	130	100,0	85	100,0	375	100,0
• Masculino	01	20,0	28	48,3	38	39,2	54	41,5	33	38,8	154	41,1
• Feminino	04	80,0	30	51,7	59	60,8	76	58,5	52	61,2	221	58,9
COR	01	20,0	49	84,5	87	89,7	124	95,4	82	96,5	343	91,5
• Amarela	-	-	01	2,1	-	-	01	0,8	01	1,2	03	0,8
• Branca	01	100,0	47	95,9	84	96,6	113	91,1	79	96,4	324	94,5
• Parda	-	-	01	2,0	03	3,4	08	6,5	-	-	12	3,5
• Preta	-	-	-	-	-	-	02	1,6	02	2,4	04	1,2
PROCEDÊNCIA	01	20,0	50	86,2	88	90,7	124	95,4	82	96,5	345	92,0
• Paraná	01	100,0	50	100,0	88	100,0	123	99,2	79	96,3	341	98,8
• Capital	01	100,0	35	70,0	51	58,0	76	61,8	37	46,8	200	58,6
• RMC (Exceto Capital)	-	-	14	28,0	33	37,5	42	34,1	35	44,3	124	36,4
• Outros Municípios	-	-	01	2,0	04	4,5	05	4,1	07	8,9	17	5,0
• Outros Estados	-	-	-	-	-	-	01	0,8	03	3,7	04	1,2
IDADE DO APARECIMENTO	01	20,0	52	89,7	93	95,9	110	84,6	66	77,6	322	85,9
• Neonato	-	-	01	1,9	03	3,2	-	-	03	4,5	07	2,2
• Lactente	-	-	15	28,8	19	20,4	30	27,3	19	28,8	83	25,8
• Pré-Escolar	-	-	11	21,2	30	32,3	24	21,8	14	21,2	79	24,5
• Escolar	-	-	23	44,2	32	34,4	52	47,3	25	37,9	132	41,0
• Puberal	01	100,0	02	3,9	09	9,7	04	3,6	05	7,6	21	6,5
IDADE NA CONSULTA	04	80,0	52	89,7	93	95,9	125	96,2	84	98,8	359	95,7
• Lactente	-	-	15	28,9	19	20,4	33	26,4	22	26,2	89	24,8
• Pré-Escolar	01	25,0	13	25,0	31	33,3	25	20,0	16	19,0	86	23,9
• Escolar	-	-	19	36,5	32	34,4	59	47,2	36	42,9	146	40,7
• Puberal	03	75,0	05	9,6	12	12,9	08	6,4	10	11,9	38	10,6
MÊS DA CONSULTA	-	-	57	98,3	97	100,0	129	99,2	85	100,0	368	98,1
• Janeiro	-	-	01	1,7	14	14,4	14	10,9	09	10,6	38	10,3
• Fevereiro	-	-	12	21,0	06	6,2	11	8,5	03	3,5	32	8,7
• Março	-	-	04	7,0	03	3,1	12	9,3	08	9,4	27	7,4
• Abril	-	-	05	8,8	08	8,3	09	7,0	05	5,9	27	7,3
• Maio	-	-	02	3,5	12	12,4	16	12,4	14	16,5	44	12,0
• Junho	-	-	05	8,8	04	4,1	10	7,7	10	11,8	29	7,9
• Julho	-	-	05	8,8	09	9,3	14	10,9	10	11,8	38	10,3
• Agosto	-	-	06	10,5	10	10,3	09	7,0	03	3,5	28	7,6
• Setembro	-	-	04	7,0	05	5,2	09	7,0	06	7,1	24	6,5
• Outubro	-	-	07	12,3	08	8,2	06	4,6	05	5,9	26	7,1
• Novembro	-	-	03	5,3	14	14,4	08	6,2	06	7,0	31	8,4
• Dezembro	-	-	03	5,3	04	4,1	11	8,5	06	7,0	24	6,5

**QUADRO 9 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES
- CERATOSE PILAR**

DADOS	1978 / 1981 (n = 07)		1982 / 1985 (n = 65)		1986 / 1989 (n = 84)		1990 / 1993 (n = 141)		1994 / 1996 (n = 75)		TOTAL (n = 372)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	07	100,0	65	100,0	84	100,0	141	100,0	75	100,0	372	100,0
• Masculino	05	71,4	32	49,2	36	42,9	62	44,0	35	46,7	170	45,7
• Feminino	02	28,6	33	50,8	48	57,1	79	56,0	40	53,3	202	54,3
COR	03	42,9	55	84,6	77	91,7	135	95,7	70	93,3	340	91,4
• Amarela	-	-	-	-	02	2,6	-	-	-	-	02	0,6
• Branca	02	66,7	45	81,8	65	84,4	128	94,8	66	94,3	306	90,0
• Parda	-	-	04	7,3	08	10,4	06	4,5	03	4,3	21	6,2
• Preta	01	33,3	06	10,9	02	2,6	01	0,7	01	1,4	11	3,2
PROCEDÊNCIA	03	42,8	60	92,3	77	91,7	135	95,7	70	93,3	345	92,7
• Paraná	03	100,0	60	100,0	76	98,7	132	97,8	69	98,6	340	98,6
• Capital	01	33,3	32	53,4	42	55,3	71	53,8	39	56,5	185	54,4
• RMC (Exceto Capital)	02	66,7	23	38,3	31	40,8	51	38,6	26	37,7	133	39,1
• Outros Municípios	-	-	05	8,3	03	3,9	10	7,6	04	5,8	22	6,5
• Outros Estados	-	-	-	-	01	1,3	03	2,2	01	1,4	05	1,4
IDADE DO APARECIMENTO	03	42,9	57	87,7	79	94,0	122	86,5	57	76,0	318	85,5
• Neonato	-	-	01	1,8	01	1,3	-	-	01	1,8	03	0,9
• Lactente	-	-	11	19,3	10	12,7	14	11,5	10	17,5	45	14,2
• Pré-Escolar	-	-	19	33,3	35	44,3	52	42,6	20	35,1	126	39,6
• Escolar	03	100,0	24	42,1	28	35,4	54	44,3	26	45,6	135	42,5
• Puberal	-	-	02	3,5	05	6,3	02	1,6	-	-	09	2,8
IDADE NA CONSULTA	04	57,1	60	92,3	83	98,8	134	95,0	71	94,7	352	94,6
• Neonato	-	-	-	-	01	1,2	-	-	-	-	01	0,3
• Lactente	01	25,0	04	6,7	06	7,2	04	3,0	01	1,4	16	4,5
• Pré-Escolar	-	-	24	40,0	30	36,2	49	36,6	24	33,8	127	36,1
• Escolar	02	50,0	27	45,0	40	48,2	76	56,7	42	59,2	187	53,1
• Puberal	01	25,0	05	8,3	06	7,2	05	3,7	04	5,6	21	6,0
MÊS DA CONSULTA	01	14,3	64	98,5	84	100,0	141	100,0	75	100,0	365	98,1
• Janeiro	-	-	03	4,7	04	4,8	15	10,6	14	18,7	36	9,9
• Fevereiro	-	-	01	1,6	07	8,3	11	7,8	05	6,7	24	6,6
• Março	-	-	04	6,3	11	13,1	10	7,1	07	9,3	32	8,8
• Abril	-	-	08	12,5	08	9,5	11	7,8	07	9,3	34	9,3
• Maio	01	100,0	04	6,2	08	9,5	17	12,1	07	9,3	37	10,1
• Junho	-	-	01	1,6	06	7,2	12	8,5	02	2,7	21	5,7
• Julho	-	-	04	6,2	06	7,2	18	12,8	04	5,3	32	8,8
• Agosto	-	-	07	10,9	04	4,8	12	8,5	03	4,0	26	7,1
• Setembro	-	-	07	10,9	07	8,3	11	7,8	05	6,7	30	8,2
• Outubro	-	-	09	14,1	08	9,5	06	4,2	06	8,0	29	7,9
• Novembro	-	-	08	12,5	09	10,7	08	5,7	07	9,3	32	8,8
• Dezembro	-	-	08	12,5	06	7,1	10	7,1	08	10,7	32	8,8

**QUADRO 10 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES -
HEMANGIOMA**

DADOS	1978 / 1981 (n = 03)		1982 / 1985 (n = 23)		1986 / 1989 (n = 102)		1990 / 1993 (n = 92)		1994 / 1996 (n = 129)		TOTAL (n = 349)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	03	100,0	23	100,0	102	100,0	91	98,9	129	100,0	348	99,7
• Masculino	01	33,3	09	39,1	39	38,2	21	23,1	54	41,9	124	35,6
• Feminino	02	66,7	14	60,9	63	61,8	70	76,9	75	58,1	224	64,4
COR	01	33,3	18	78,3	95	93,1	90	97,8	122	94,6	326	93,4
• Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,8	01	0,3
• Branca	01	100,0	17	94,4	92	96,8	86	95,6	115	94,3	311	95,4
• Parda	-	-	01	5,6	03	3,2	03	3,3	05	4,1	12	3,7
• Preta	-	-	-	-	-	-	01	1,1	01	0,8	02	0,6
PROCEDÊNCIA	01	33,3	18	78,3	94	92,2	90	97,8	119	92,2	322	92,3
• Paraná	01	100,0	18	100,0	84	89,4	79	87,8	108	90,8	290	90,1
• Capital	01	100,0	08	44,5	32	38,1	33	41,8	43	39,8	117	40,3
• RMC (Exceto Capital)	-	-	06	33,3	25	29,8	30	38,0	46	42,6	107	36,9
• Outros Municípios	-	-	04	22,2	27	32,1	16	20,2	19	17,6	66	22,8
• Outros Estados	-	-	-	-	10	10,6	11	12,2	11	9,2	32	9,9
IDADE DO APARECIMENTO	01	33,3	11	47,8	43	42,2	40	43,5	65	0,4	160	45,8
• Neonato	-	-	05	45,5	23	53,5	14	35,0	13	20,0	55	34,4
• Lactente	-	-	06	54,5	17	39,5	20	50,0	43	66,2	86	53,8
• Pré-Escolar	-	-	-	-	03	7,0	05	12,5	06	9,2	14	8,7
• Escolar	01	100,0	-	-	-	-	01	2,5	03	4,6	05	3,1
IDADE NA CONSULTA	02	66,7	19	82,6	99	97,1	89	96,7	122	94,6	331	94,8
• Neonato	-	-	-	-	03	3,0	01	1,1	-	-	04	1,2
• Lactente	-	-	11	57,9	72	72,7	66	74,2	93	76,2	242	73,1
• Pré-Escolar	-	-	05	26,3	17	17,2	15	16,9	19	15,6	56	16,9
• Escolar	01	50,0	03	15,8	07	7,1	06	6,7	09	7,4	26	7,8
• Puberal	01	50,0	-	-	-	-	01	1,1	01	0,8	03	1,0
MÊS DA CONSULTA	01	33,3	21	91,3	102	100,0	92	100,0	129	100,0	345	98,9
• Janeiro	-	-	02	9,5	04	3,9	05	5,4	15	11,6	26	7,5
• Fevereiro	-	-	03	14,3	07	6,9	03	3,3	07	5,4	20	5,8
• Março	-	-	-	-	05	4,9	08	8,7	24	18,6	37	10,7
• Abril	-	-	-	-	07	6,9	12	13,0	07	5,4	26	7,5
• Maio	-	-	-	-	08	7,8	09	9,8	12	9,3	29	8,4
• Junho	-	-	-	-	09	8,8	07	7,6	09	7,0	25	7,3
• Julho	01	100,0	-	-	10	9,8	10	10,9	07	5,4	28	8,1
• Agosto	-	-	06	28,6	15	14,7	12	13,1	13	10,1	46	13,4
• Setembro	-	-	02	9,5	07	6,9	04	4,3	14	10,9	27	7,8
• Outubro	-	-	06	28,6	10	9,8	04	4,3	08	6,2	28	8,1
• Novembro	-	-	02	9,5	08	7,8	09	9,8	08	6,2	27	7,8
• Dezembro	-	-	-	-	12	11,8	09	9,8	05	3,9	26	7,6

**QUADRO 11 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES -
IMPETIGO**

DADOS	1978 / 1981 (n = 04)		1982 / 1985 (n = 73)		1986 / 1989 (n = 71)		1990 / 1993 (n = 60)		1994 / 1996 (n = 66)		TOTAL (n = 274)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	04	100,0	73	100,0	71	100,0	60	100,0	66	100,0	274	100,0
• Masculino	02	50,0	44	60,3	36	50,7	29	48,3	34	51,5	145	52,9
• Feminino	02	50,0	29	39,7	35	49,3	31	51,7	32	48,5	129	47,1
COR	02	50,0	62	84,9	65	91,5	56	93,3	64	97,0	249	90,9
• Branca	02	100,0	56	90,4	60	92,3	49	87,5	61	95,3	228	91,6
• Parda	-	-	03	4,8	03	4,6	06	10,7	02	3,1	14	5,6
• Preta	-	-	03	4,8	02	3,1	01	1,8	01	1,6	07	2,8
PROCEDÊNCIA	02	50,0	64	87,7	65	91,5	57	95,0	64	97,0	252	92,0
• Paraná	02	100,0	61	95,3	62	95,4	52	91,2	63	98,4	240	95,2
• Capital	01	50,0	35	57,4	34	54,9	33	63,5	27	42,9	130	54,2
• RMC (Exceto Capital)	01	50,0	22	36,1	26	41,9	15	28,8	30	47,6	94	39,2
• Outros Municípios	-	-	04	6,5	02	3,2	04	7,7	06	9,5	16	6,6
• Outros Estados	-	-	03	4,7	03	4,6	05	8,8	01	1,6	12	4,8
IDADE DO APARECIMENTO	01	25,0	61	83,6	64	90,1	56	93,3	58	87,9	240	87,6
• Neonato	-	-	03	4,9	04	6,3	03	5,4	03	5,2	13	5,4
• Lactente	01	100,0	26	42,6	15	23,4	15	26,8	18	31,0	75	31,2
• Pré-Escolar	-	-	13	21,3	29	45,3	24	42,8	22	37,9	88	36,7
• Escolar	-	-	17	27,7	15	23,4	12	21,4	14	24,2	58	24,2
• Puberal	-	-	02	3,3	01	1,6	02	3,6	01	1,7	06	2,5
IDADE NA CONSULTA	03	75,0	66	90,4	69	97,2	58	96,7	66	100,0	262	95,6
• Neonato	-	-	-	-	01	1,5	01	1,7	-	-	02	0,8
• Lactente	01	33,4	27	40,9	15	21,7	14	24,1	19	28,8	76	29,0
• Pré-Escolar	-	-	17	25,8	32	46,4	27	46,6	24	36,4	100	38,2
• Escolar	01	33,3	19	28,8	19	27,5	13	22,4	19	28,8	71	27,1
• Puberal	01	33,3	03	4,5	02	2,9	03	5,2	04	6,0	13	4,9
MÊS DA CONSULTA	-	-	69	94,5	71	100,0	60	100,0	66	100,0	266	97,1
• Janeiro	-	-	05	7,2	03	4,2	11	18,3	04	6,1	23	8,7
• Fevereiro	-	-	05	7,2	11	15,5	07	11,7	06	9,1	29	10,9
• Março	-	-	08	11,6	12	16,9	07	11,7	10	15,2	37	13,9
• Abril	-	-	07	10,2	06	8,5	01	1,6	09	13,6	23	8,7
• Maio	-	-	07	10,2	08	11,3	06	10,0	17	25,8	38	14,3
• Junho	-	-	02	2,9	03	4,2	03	5,0	03	4,5	11	4,1
• Julho	-	-	04	5,8	06	8,5	04	6,7	06	9,1	20	7,5
• Agosto	-	-	13	18,8	04	5,6	07	11,7	-	-	24	9,0
• Setembro	-	-	04	5,8	03	4,2	06	10,0	02	3,0	15	5,6
• Outubro	-	-	03	4,3	06	8,5	02	3,3	05	7,6	16	6,0
• Novembro	-	-	04	5,8	04	5,6	02	3,3	02	3,0	12	4,5
• Dezembro	-	-	07	10,2	05	7,0	04	6,7	02	3,0	18	6,8

QUADRO 12 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - PSORÍASE

DADOS	1978 / 1981 (n = 07)		1982 / 1985 (n = 21)		1986 / 1989 (n = 57)		1990 / 1993 (n = 101)		1994 / 1996 (n = 80)		TOTAL (n = 266)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	07	100,0	21	100,0	57	100,0	101	100,0	80	100,0	266	100,0
• Masculino	03	42,9	05	23,8	22	38,6	42	41,6	47	58,8	119	44,7
• Feminino	04	57,1	16	76,2	35	61,4	59	58,4	33	41,2	147	55,3
COR	04	57,1	20	95,2	47	82,5	101	100,0	78	97,5	250	94,0
• Branca	04	100,0	17	85,0	43	91,5	98	97,0	74	94,9	236	94,4
• Parda	-	-	01	5,0	04	8,5	01	1,0	04	5,1	10	4,0
• Preta	-	-	02	10,0	-	-	02	2,0	-	-	04	1,6
PROCEDÊNCIA	04	57,1	20	95,2	48	84,2	101	100,0	78	97,5	251	94,4
• Paraná	04	100,0	20	100,0	46	95,8	94	93,1	75	96,2	239	95,2
• Capital	01	25,0	14	70,0	24	52,2	60	63,8	37	49,3	136	56,9
• RMC (Exceto Capital)	02	50,0	02	10,0	16	34,8	30	31,9	29	38,7	79	33,1
• Outros Municípios	01	25,0	04	20,0	06	13,0	04	4,3	09	12,0	24	10,0
• Outros Estados	-	-	-	-	02	4,2	07	6,9	03	3,8	12	4,8
IDADE DO APARECIMENTO	03	42,9	19	90,5	51	89,5	94	93,1	61	76,2	228	85,7
• Lactente	-	-	03	15,8	06	11,8	10	10,6	10	16,4	29	12,7
• Pré-Escolar	01	33,3	03	15,8	19	37,2	33	35,1	23	37,7	79	34,6
• Escolar	02	66,7	12	63,1	21	41,2	48	51,1	25	41,0	108	47,4
• Puberal	-	-	01	5,3	05	9,8	03	3,2	03	4,9	12	5,3
IDADE NA CONSULTA	05	71,4	19	90,5	53	93,0	101	100,0	79	98,8	257	96,6
• Lactente	-	-	01	5,3	-	-	01	1,0	04	5,1	06	2,3
• Pré-Escolar	01	20,0	02	10,5	14	26,4	23	22,8	14	17,7	54	21,0
• Escolar	04	80,0	14	73,7	32	60,4	70	69,3	53	67,1	173	67,3
• Puberal	-	-	02	10,5	07	13,2	07	6,9	08	10,1	24	9,4
MÊS DA CONSULTA	-	-	21	100,0	57	100,0	101	100,0	80	100,0	259	97,4
• Janeiro	-	-	02	9,5	05	8,8	03	3,0	08	10,0	18	7,0
• Fevereiro	-	-	-	-	05	8,8	08	7,9	08	10,0	21	8,1
• Março	-	-	01	4,8	04	7,0	07	6,9	07	8,8	19	7,3
• Abril	-	-	-	-	04	7,0	07	6,9	09	11,2	20	7,7
• Maio	-	-	-	-	01	1,8	07	6,9	06	7,5	14	5,4
• Junho	-	-	03	14,3	08	14,1	11	10,9	04	5,0	26	10,0
• Julho	-	-	04	19,1	08	14,0	14	13,9	09	11,2	35	13,5
• Agosto	-	-	03	14,3	08	14,0	14	13,9	01	11,2	26	10,0
• Setembro	-	-	02	9,5	04	7,0	09	8,9	08	10,0	23	8,9
• Outubro	-	-	02	9,5	02	3,5	07	6,9	11	13,8	22	8,5
• Novembro	-	-	02	9,5	04	7,0	09	8,9	03	3,8	18	7,0
• Dezembro	-	-	02	9,5	04	7,0	05	5,0	06	7,5	17	6,6

**QUADRO 13 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES -
TINEA CAPITIS**

DADOS	1978 / 1981 (n = 02)		1982 / 1985 (n = 27)		1986 / 1989 (n = 55)		1990 / 1993 (n = 79)		1994 / 1996 (n = 85)		TOTAL (n = 248)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	02	100,0	27	100,0	55	100,0	79	100,0	85	100,0	248	100,0
• Masculino	02	100,0	16	59,3	31	56,4	39	49,4	45	52,9	133	53,6
• Feminino	-	-	11	40,7	24	43,6	40	50,6	40	47,1	115	46,4
COR	-	-	24	88,9	44	80,0	75	94,9	82	96,5	225	90,7
• Amarela	-	-	01	4,2	-	-	-	-	-	-	01	0,4
• Branca	-	-	22	91,6	41	93,2	69	92,0	79	96,3	211	93,8
• Parda	-	-	01	4,2	02	4,5	05	6,7	03	3,7	11	4,9
• Preta	-	-	-	-	01	2,3	01	1,3	-	-	02	0,9
PROCEDÊNCIA	-	-	24	88,9	46	83,6	75	94,9	82	96,5	227	91,5
• Paraná	-	-	24	100,0	45	97,8	75	100,0	79	96,3	223	98,2
• Capital	-	-	19	79,2	22	48,9	38	50,7	32	40,5	111	49,8
• RMC (Exceto Capital)	-	-	05	20,8	21	46,7	32	42,7	44	55,7	102	45,7
• Outros Municípios	-	-	-	-	02	4,4	05	6,6	03	3,8	10	4,5
• Outros Estados	-	-	-	-	01	2,2	-	-	03	3,7	04	1,8
IDADE DO APARECIMENTO	-	-	24	88,9	46	83,6	68	86,1	67	78,8	205	82,7
• Neonato	-	-	-	-	-	-	-	-	01	1,5	01	0,5
• Lactente	-	-	01	4,2	04	8,7	05	7,3	11	16,4	21	10,2
• Pré-Escolar	-	-	11	45,8	26	56,5	38	55,9	33	49,3	108	52,7
• Escolar	-	-	11	45,8	16	34,8	25	36,8	20	29,8	72	35,1
• Puberal	-	-	01	4,2	-	-	-	-	02	3,0	03	1,5
IDADE NA CONSULTA	02	100,0	25	92,6	47	85,5	76	96,2	84	98,8	234	94,4
• Lactente	-	-	01	4,0	02	4,2	01	1,3	05	5,9	09	3,9
• Pré-Escolar	-	-	12	48,0	28	59,6	42	55,3	46	54,8	128	54,7
• Escolar	02	100,0	11	44,0	17	36,2	33	43,4	29	34,5	92	39,3
• Puberal	-	-	01	4,0	-	-	-	-	04	4,8	05	2,1
MÊS DA CONSULTA	-	-	25	92,6	55	100,0	79	100,0	85	100,0	244	98,4
• Janeiro	-	-	01	4,0	08	14,6	01	1,3	06	7,1	16	6,6
• Fevereiro	-	-	01	4,0	01	1,8	05	6,3	05	5,9	12	4,9
• Março	-	-	03	12,0	04	7,3	09	11,4	05	5,9	21	8,6
• Abril	-	-	03	12,0	07	12,7	06	7,6	06	7,1	22	9,0
• Maio	-	-	03	12,0	05	9,1	06	7,6	08	9,4	22	9,0
• Junho	-	-	-	-	04	7,3	10	12,7	07	8,2	21	8,6
• Julho	-	-	03	12,0	06	10,9	15	19,0	08	9,4	32	13,1
• Agosto	-	-	05	20,0	04	7,3	08	10,1	12	14,1	29	11,9
• Setembro	-	-	02	8,0	05	9,1	04	5,1	09	10,6	20	8,2
• Outubro	-	-	02	8,0	03	5,4	08	10,1	05	5,9	18	7,4
• Novembro	-	-	02	8,0	07	12,7	05	6,3	11	12,9	25	10,2
• Dezembro	-	-	-	-	01	1,8	02	2,5	03	3,5	06	2,5

QUADRO 14 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES - VITILIGO

DADOS	1978 / 1981 (n = 05)		1982 / 1985 (n = 31)		1986 / 1989 (n = 42)		1990 / 1993 (n = 74)		1994 / 1996 (n = 68)		TOTAL (n = 220)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	05	100,0	31	100,0	42	100,0	74	100,0	68	100,0	220	100,0
• Masculino	02	40,0	15	48,4	08	19,0	27	36,5	28	41,2	80	36,4
• Feminino	03	60,0	16	51,6	34	81,0	47	63,5	40	58,8	140	63,6
COR	03	60,0	29	93,5	36	85,7	70	94,6	67	98,5	205	93,2
• Branca	03	100,0	27	93,1	35	97,2	67	95,7	63	94,0	195	95,2
• Parda	-	-	-	-	-	-	01	1,4	04	6,0	05	2,4
• Preta	-	-	02	6,9	01	2,8	02	2,9	-	-	05	2,4
PROCEDÊNCIA	03	60,0	29	93,5	37	88,1	71	95,9	67	98,5	207	94,1
• Paraná	03	100,0	26	89,7	31	83,8	62	87,3	63	94,0	185	89,4
• Capital	03	100,0	17	65,4	16	51,6	24	38,7	26	38,8	86	46,5
• RMC (Exceto Capital)	-	-	05	19,2	11	35,5	23	37,1	24	35,8	63	34,1
• Outros Municípios	-	-	04	15,4	04	12,9	15	24,2	13	19,4	36	19,4
• Outros Estados	-	-	03	10,3	06	16,2	09	12,7	04	6,0	22	10,6
IDADE DO APARECIMENTO	02	40,0	28	90,3	41	97,6	64	86,5	56	82,4	191	86,8
• Lactente	-	-	03	10,7	03	7,3	04	6,2	10	17,9	20	10,5
• Pré-Escolar	-	-	06	21,4	12	29,3	17	26,6	14	25,0	49	25,7
• Escolar	02	100,0	18	64,3	26	63,4	41	64,1	28	50,0	115	60,2
• Puberal	-	-	01	3,6	-	-	02	3,1	04	7,1	07	3,6
IDADE NA CONSULTA	04	80,0	29	93,5	41	97,6	71	95,9	65	95,6	210	95,5
• Lactente	-	-	01	3,5	-	-	01	1,4	01	1,5	03	1,4
• Pré-Escolar	01	25,0	05	17,2	07	17,1	17	23,9	15	23,1	45	21,4
• Escolar	02	50,0	21	72,4	30	73,2	47	66,2	43	66,2	143	68,1
• Puberal	01	25,0	02	6,9	04	9,7	06	8,5	06	9,2	19	9,1
MÊS DA CONSULTA	01	20,0	31	100,0	42	100,0	74	100,0	68	100,0	216	98,2
• Janeiro	-	-	04	12,9	07	16,7	11	14,9	07	10,3	29	13,4
• Fevereiro	-	-	02	6,5	04	9,5	07	9,5	04	5,8	17	7,9
• Março	-	-	04	12,9	03	7,1	07	9,5	09	13,2	23	10,6
• Abril	-	-	04	12,9	02	4,8	04	5,4	07	10,3	17	7,9
• Maio	-	-	01	3,2	-	-	08	10,8	05	7,4	14	6,5
• Junho	01	100,0	01	3,2	03	7,1	03	4,0	06	8,8	14	6,5
• Julho	-	-	-	-	02	4,8	12	16,2	07	10,3	21	9,7
• Agosto	-	-	02	6,4	07	16,7	05	6,8	03	4,4	17	7,9
• Setembro	-	-	-	-	03	7,1	04	5,4	06	8,8	13	6,0
• Outubro	-	-	06	19,4	05	11,9	03	4,0	04	5,9	18	8,3
• Novembro	-	-	03	9,7	05	11,9	06	8,1	05	7,4	19	8,8
• Dezembro	-	-	04	12,9	01	2,4	04	5,4	05	7,4	14	6,5

**QUADRO 15 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES -
ICTIOSE VULGAR**

DADOS	1978 / 1981 (n = 06)		1982 / 1985 (n = 38)		1986 / 1989 (n = 48)		1990 / 1993 (n = 45)		1994 / 1996 (n = 40)		TOTAL (n = 177)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	06	100,0	38	100,0	48	100,0	45	100,0	40	100,0	177	100,0
• Masculino	04	66,7	20	52,6	31	64,6	25	55,6	21	52,5	101	57,1
• Feminino	02	33,3	18	47,4	17	35,4	20	44,4	19	47,5	76	42,9
COR	01	16,7	29	76,3	45	93,8	44	97,8	39	97,5	158	89,3
• Branca	01	100,0	26	89,7	35	77,8	39	88,6	38	97,4	139	88,0
• Parda	-	-	03	10,3	09	20,0	02	4,6	01	2,6	15	9,5
• Preta	-	-	-	-	01	2,2	03	6,8	-	-	04	2,5
PROCEDÊNCIA	01	16,7	30	78,9	47	97,9	44	97,8	39	97,5	161	91,0
• Paraná	01	100,0	29	96,7	45	95,7	43	97,7	36	92,3	154	95,7
• Capital	-	-	19	65,5	27	60,0	20	46,5	16	44,5	82	53,2
• RMC (Exceto Capital)	-	-	09	31,0	14	31,1	23	53,5	16	44,4	62	40,3
• Outros Municípios	01	100,0	01	3,5	04	8,9	-	-	04	11,1	10	6,5
• Outros Estados	-	-	01	3,3	02	4,3	01	2,3	03	7,7	07	4,3
IDADE DO APARECIMENTO	01	16,7	21	55,3	32	66,7	35	77,8	26	65,0	115	65,0
• Neonato	-	-	01	4,8	02	6,2	01	2,8	02	7,7	06	5,2
• Lactente	-	-	10	47,6	14	43,8	07	20,0	07	26,9	38	33,1
• Pré-Escolar	-	-	05	23,8	07	21,9	19	54,3	07	26,9	38	33,1
• Escolar	01	100,0	05	23,8	09	28,1	08	22,9	10	38,5	33	28,6
IDADE NA CONSULTA	05	83,3	31	81,6	48	100,0	44	97,8	40	100,0	168	94,9
• Lactente	-	-	04	12,9	06	12,5	05	11,4	03	7,5	18	10,7
• Pré-Escolar	02	40,0	11	35,5	18	37,5	15	34,1	13	32,5	59	35,1
• Escolar	02	40,0	13	41,9	23	47,9	20	45,5	23	57,5	81	48,2
• Puberal	01	20,0	03	9,7	01	2,1	04	9,0	01	2,5	10	6,0
MÊS DA CONSULTA	01	16,7	37	97,4	48	100,0	45	100,0	40	100,0	171	96,6
• Janeiro	-	-	02	5,4	01	2,1	03	6,7	04	10,0	10	5,9
• Fevereiro	01	100,0	01	2,7	03	6,2	03	6,7	01	2,5	09	5,3
• Março	-	-	-	-	-	-	01	2,2	03	7,5	04	2,3
• Abril	-	-	02	5,4	02	4,2	01	2,2	05	12,5	10	5,9
• Maio	-	-	04	10,8	09	18,8	03	6,7	02	5,0	18	10,5
• Junho	-	-	02	5,4	03	6,2	04	8,9	05	12,5	14	8,2
• Julho	-	-	05	13,5	11	22,9	09	20,0	05	12,5	30	17,5
• Agosto	-	-	05	13,5	02	4,2	03	6,7	03	7,5	13	7,6
• Setembro	-	-	07	19,0	08	16,7	06	13,3	05	12,5	26	15,2
• Outubro	-	-	05	13,5	01	2,1	03	6,6	05	12,5	14	8,2
• Novembro	-	-	03	8,1	05	10,4	08	17,8	02	5,0	18	10,5
• Dezembro	-	-	01	2,7	03	6,2	01	2,2	-	-	05	2,9

**QUADRO 16 - DADOS GERAIS EM RELAÇÃO ÀS DERMATOSES MAIS FREQUENTES -
MOLUSCO CONTAGIOSO**

DADOS	1978 / 1981 (n = 02)		1982 / 1985 (n = 14)		1986 / 1989 (n = 24)		1990 / 1993 (n = 58)		1994 / 1996 (n = 63)		TOTAL (n = 161)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	02	100,0	14	100,0	24	100,0	58	100,0	63	100,0	161	100,0
• Masculino	-	-	07	50,0	11	45,8	29	50,0	25	39,7	72	44,7
• Feminino	02	100,0	07	50,0	13	54,2	29	50,0	38	60,3	89	55,3
COR	-	-	11	78,6	20	83,3	57	98,3	60	95,2	148	91,9
• Branca	-	-	11	100,0	20	100,0	55	96,5	58	96,7	144	97,2
• Parda	-	-	-	-	-	-	-	-	02	3,3	02	1,4
• Preta	-	-	-	-	-	-	02	3,5	-	-	02	1,4
PROCEDÊNCIA	-	-	12	85,7	21	87,5	58	100,0	60	95,2	151	93,8
• Paraná	-	-	12	100,0	21	100,0	54	93,1	58	96,7	145	96,0
• Capital	-	-	07	58,4	15	71,4	33	61,1	31	53,4	86	59,3
• RMC (Exceto Capital)	-	-	04	33,3	04	19,1	19	35,2	23	39,7	50	34,5
• Outros Municípios	-	-	01	8,3	02	9,5	02	3,7	04	6,9	09	6,2
• Outros Estados	-	-	-	-	-	-	04	6,9	02	3,3	06	4,0
IDADE DO APARECIMENTO	-	-	10	71,4	23	95,8	54	93,1	54	85,7	141	87,6
• Lactente	-	-	03	30,0	-	-	06	11,1	11	20,4	20	14,2
• Pré-Escolar	-	-	02	20,0	14	60,9	31	57,4	24	44,4	71	50,3
• Escolar	-	-	05	50,0	09	39,1	17	31,5	19	35,2	50	35,5
IDADE NA CONSULTA	01	50,0	13	92,9	24	100,0	58	100,0	62	98,4	158	98,1
• Lactente	-	-	04	30,8	-	-	02	3,5	03	4,9	09	5,7
• Pré-Escolar	-	-	03	23,1	14	58,3	34	58,6	33	53,2	84	53,2
• Escolar	01	100,0	06	46,1	10	41,7	21	36,2	25	40,3	63	39,9
• Puberal	-	-	-	-	-	-	01	1,7	01	1,6	02	1,2
MÊS DA CONSULTA	-	-	14	100,0	24	100,0	58	100,0	63	100,0	159	98,8
• Janeiro	-	-	-	-	05	20,8	09	15,5	08	12,7	22	13,9
• Fevereiro	-	-	02	14,3	04	16,7	03	5,2	05	7,9	14	8,8
• Março	-	-	-	-	01	4,2	01	1,7	04	6,4	06	3,8
• Abril	-	-	-	-	01	4,2	05	8,6	05	7,9	11	6,9
• Maio	-	-	02	14,3	01	4,2	05	8,6	10	15,9	18	11,3
• Junho	-	-	-	-	02	8,3	04	6,9	03	4,8	09	5,7
• Julho	-	-	03	21,5	02	8,3	05	8,6	05	7,9	15	9,4
• Agosto	-	-	01	7,1	-	-	05	8,6	04	6,4	10	6,3
• Setembro	-	-	01	7,1	01	4,2	06	10,4	06	9,5	14	8,8
• Outubro	-	-	02	14,3	02	8,3	06	10,4	02	3,2	12	7,5
• Novembro	-	-	01	7,1	05	20,8	02	3,4	05	7,9	13	8,2
• Dezembro	-	-	02	14,3	-	-	07	12,1	06	9,5	15	9,4

QUADRO A6 - CORRELAÇÃO DA ORDEM DE APARECIMENTO ENTRE AS DERMATOSES DO ESTUDO COM AS DE OUTROS SERVIÇOS

HC, 1978 / 1996 - Curitiba		RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977 - México	FINDLAY, VISMER, SOPHIANOS, 1974 - África do Sul	SCHACHNER, LING, PRESS, 1983 - Miami	HAYDEN, 1985 - Virginia, Estados Unidos	GOH, AKARAPANTH, 1994 - Singapura	LIMA, RODRIGUES, ROSMANINHO, MARQUES, 1996 - São Paulo	LOWY, 1964 - Rio de Janeiro	
1º		2º	1º	1º	2º	1º	2º	-	-
Dermatite atópica	1.034 casos (10,4%)	1.391 casos (12,9%)	(18,7%)	456 casos (22,3%)	22 casos (9,0%)	4.569 casos (49,4%)	286 casos (14,0%)	-	-
2º		1º	7º	-	13º	4º	6º	-	-
Prurigo estrófulo	578 casos (5,8%)	1.766 casos (16,3%)	(3,2%)	-	04 casos	442 casos (4,8%)	203 casos (10,0%)	-	-
3º		4º	2º	5º	-	-	7º	-	-
Verrugas	482 casos (4,8%)	916 casos (8,4%)	(13,0%)	91 casos (4,5%)	-	-	117 casos (8,0%)	-	-
4º		6º	8º	15º	-	-	3º	-	-
Pitíriase alba	446 casos (4,5%)	718 casos (6,6%)	(3,1%)	29 casos (1,4%)	-	-	280 casos (13,0%)	-	-
5º		-	6º	6º	5º	-	4º	4º	-
Dermatite seborreica	394 casos (3,9%)	-	(3,4%)	82 casos (4,0%)	13 casos (6,0%)	-	242 casos (12,0%)	137 casos (10,45%)	-
6º		3º	10º	14º	-	-	1º	-	-
Escabiose	391 casos (3,9%)	1.124 casos (10,4%)	(2,8%)	34 casos (1,7%)	-	-	385 casos (18,0%)	-	-
7º		15º	-	-	7º	-	-	-	-
Dermatite de contato	375 casos (3,7%)	165 casos (1,5%)	-	-	11 casos (5,0%)	-	-	-	-
8º		-	-	-	-	-	-	-	-
Ceratose pilar	372 casos (3,7%)	-	-	-	-	-	-	-	-
9º		12º	12º	-	-	-	-	-	-
Hemangioma	349 casos (3,5%)	203 casos (1,8%)	(2,4%)	-	-	-	-	-	-
10º		5º	3º	2º	3º	-	-	1º	-
Impetigo	274 casos (2,7%)	739 casos (6,8%)	(7,8%)	164 casos (8,0%)	21 casos	-	-	348 casos (26,56%)	-
11º		-	14º	-	-	11º	-	-	-
Psoríase	266 casos (2,7%)	-	(2,0%)	-	-	100 casos (1,1%)	-	-	-
12º		-	5º	3º	-	-	5º	-	-
Tinea capitis	248 casos (2,5%)	-	(5,1%)	146 casos (7,1%)	-	-	(6,0%)	-	-
13º		7º	-	-	-	-	-	-	-
Vitiligo	220 casos (2,2%)	281 casos (2,6%)	-	-	-	-	-	-	-
14º		-	-	-	-	-	-	-	-
Ictiose vulgar	177 casos (1,8%)	-	-	-	-	-	-	-	-
15º		-	-	10º	-	-	8º	-	-
Molusco contagioso	161 casos (1,6%)	-	-	39 casos (1,9%)	-	-	154 casos (7,0%)	-	-

QUADRO A7 - CORRELAÇÃO DAS DERMATOSES ENCONTRADAS NO ESTUDO
COM A DE OUTROS TRABALHOS POPULACIONAIS

HC, 1978 / 1996 - Curitiba		BECHELLI, HADDAD, PIMENTA et al., 1981 - Amazônia	RUIZ-MALDONADO, SANCHEZ, VELAZQUEZ, 1977 - México
1º		27º	6º
Dermatite atópica	1.034 casos (10,4%)	14 casos (0,14%)	03 casos (0,7%)
2º		26º	8º
Prurigo estrófulo	578 casos (5,8%)	14 casos (0,14%)	03 casos (0,7%)
3º		-	7º
Verrugas	482 casos (4,8%)	-	03 casos (0,7%)
4º		5º	2º
Pitíriase alba	446 casos (4,5%)	983 casos (9,9%)	25 casos (6,5%)
5º		-	-
Dermatite seborreica	394 casos (3,9%)	-	-
6º		8º	1º
Escabiose	391 casos (3,9%)	303 casos (3,0%)	311 casos (81,6%)
7º		-	-
Dermatite de contato	375 casos (3,7%)	-	-
8º		16º	-
Ceratose pilar	372 casos (3,7%)	75 casos (0,75%)	-
9º		-	-
Hemangioma	349 casos (3,5%)	-	-
10º		4º	3º
Impetigo	274 casos (2,7%)	1.211 casos (12,2%)	21 casos (5,4%)
11º		-	-
Psoríase	266 casos (2,7%)	-	-
12º		-	4º
Tinea capitis	248 casos (2,5%)	-	05 casos (1,2%)
13º		38º	-
Vitiligo	220 casos (2,2%)	04 casos (0,04%)	-
14º		-	-
Ictiose vulgar	177 casos (1,8%)	-	-
15º		-	-
Molusco contagioso	161 casos (1,6%)	-	-

ANEXO 8

HISTÓRICO DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

O ambulatório de Dermatologia Pediátrica existe há vinte anos. Iniciou no ano de 1978 pela necessidade de resolver os problemas de pele das crianças atendidas no Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Realizada entrevista histórica, por meio de questionário, com a Dra. Leide Parolim Marinoni responsável pela formação do ambulatório.

PERGUNTAS:

A) Quando deu início o ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná?

B) Por que motivo?

Qual a sua impressão sobre o ambulatório e a sua importância? Como sentiu a evolução do ambulatório nestes vinte anos? Houve diferenças por fases (de acordo com os anos) no perfil do ambulatório?

RESPOSTAS:

Dra. Lede Parolin Marinoni

A) Em 1978.

B) O grande número de crianças atendidas nos diversos setores do Departamento de Pediatria com queixas de lesões de pele e a dificuldade que pediatras e médicos de primeiro atendimento (atendimento primário) apresentavam na resolução direta ou indireta dos problemas relacionados à pele, mostraram a necessidade de um melhor entendimento das doenças encontradas neste grupo etário.

As diferenças entre as manifestações de pele de muitas doenças, entre crianças e adultos, as doenças congênitas mais relacionadas com as crianças e principalmente o manejo da terapêutica, com suas peculiaridades dirigiram a implantação do ambulatório de Dermatologia Pediátrica, inicialmente sob a orientação da disciplina de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica que continuou com intercâmbio entre os departamentos.

Nos primeiros anos de funcionamento o atendimento era feito uma vez por semana em uma sala. Em 1980 os residentes de primeiro e segundo ano da residência de Pediatria começaram a freqüentar o ambulatório. Em 1982 houve, com o aumento da oferta, desdobramento do tempo de atendimento, com atividade ambulatorial duas vezes por semana. Em 1987 a especialidade de Dermatologia Pediátrica passou a fazer parte das atividades dos doutorandos no estágio de Pediatria, freqüentando os dias de ambulatório e atendendo sob orientação no Pronto - Atendimento. Sempre respeitando a oferta foi havendo aumento da atividade de atendimento dos ambulatórios, que atualmente são quatro vezes por semana.

No decorrer dos anos de atividades, notou-se mudança acentuada do perfil de atendimentos. No início a maioria dos atendimentos eram de crianças com doenças enquadradas nos grupos das infecções de pele e dos eczemas. Com o evoluir houve aumento do atendimento de crianças portadoras de doenças de pele menos freqüentes e de condutas mais complexas mostrando que a atividade ambulatorial da sub-especialidade, caracterizada como educação continuada, tem contribuído para que o pediatra possa solucionar as dermatoses mais comuns na criança e saber encaminhar os casos de doenças que necessitam maior qualificação diagnóstica e terapêutica.

ANEXO 8

ANÁLISE EVOLUTIVA DO AMBULATÓRIO

ANO	ESPAÇO FÍSICO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO	NO. X/ SEMANA
1978-1980	1 sala	1	1
1980-1982	1 sala	4 (R1 e R2 de Pediatria, residente da Clínica Médica)	1
1983-1986	6 salas	4 (R1 e R2 de Pediatria, residente da Clínica Médica)	2
1987-1994	6 salas	4 (R1 e R2 de Pediatria, residente da Clínica 2 Médica, 12 doutorandos, 1 eletivo)	2
1994	8 salas	5 (R1 e R2 de Pediatria, residente da Clínica 2 Médica, 12 doutorandos, 1 eletivo)	4
*1995	8 salas	6 (R1 e R2 de Pediatria, residente da Clínica 2 Médica, 12 doutorandos, 1 eletivo)	4
1996	8 salas	8 (R1 e R2 de Pediatria, residente da Clínica 2 Médica, 12 doutorandos, 1 eletivo)	4

* A partir de 1996 inclusão de 2 especializandos.



Fig. 1 - Dermatite atópica



Fig. 2 - Prurigo estrófulo

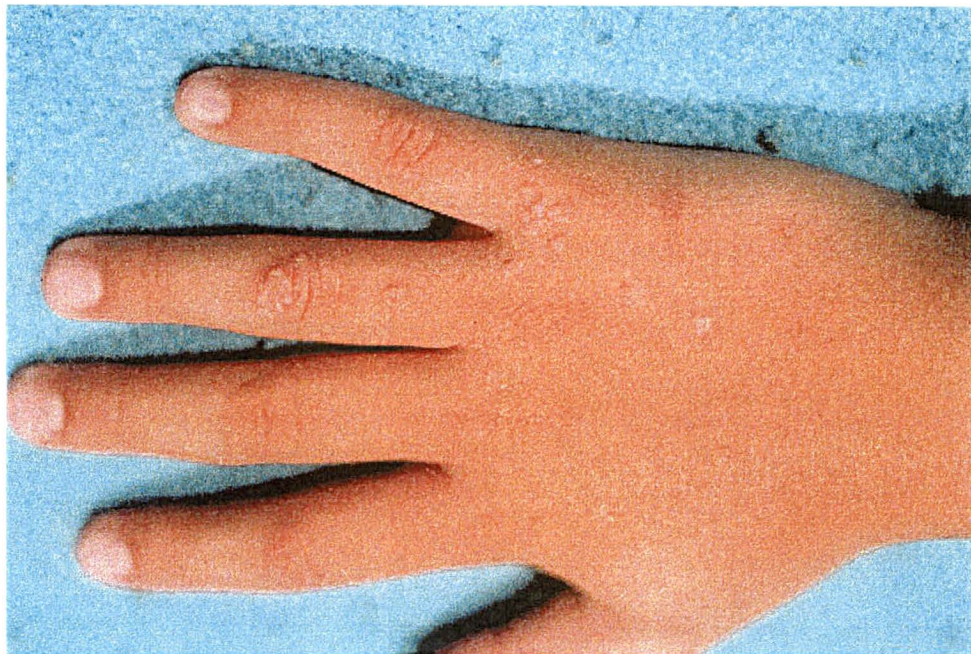


Fig. 3 - Verrugas



Fig. 4 - Pitiríase alba



Fig. 5 - Dermatite seborréica



Fig. 6 - Escabiose



Fig. 7 - Dermatite de contato



Fig. 8 - Ceratose pilar



Fig. 9 - Hemangioma



Fig. 10 - Impetigo



Fig. 11 - Psoríase



Fig.12 - Tinha capitis



Fig. 13 - Vitiligo



Fig. 14 - Ictiose vulgar



Fig. 15 - Molusco contagioso

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-FOUZAN AS, NANDA A. A survey of childhood psoriasis in Kuwait. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.11, n.2, p.116-119,1994.
- ALMEIDA CA. Prurigo estrófulo. Estudo clínico-terapêutico. Rio de Janeiro, 1970. Dissertação de Livre -Docência, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- BADAME A. Incidence of skin disease in rural Jamaica. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.27, n.2, p. 109-111, 1988.
- BAHAMDANK, MAHFOUZ AAR, TALLAB T, BADAWI IA, AL-AMARI OM. Skin diseases among adolescent boys in Abha, Saudi Arabia. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.35, n.6, p.405-407, 1996.
- BARATA RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, p.531-537, 1997.
- BECHELLI LM, HADDAD N, PIMENTA WP, PAGNANO PMG, MELCHIOR E J, FREGNAN RC, ZANIN LC, ARENAS A. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus valley (Acre state, Amazonia, Brazil). **Dermatologica**, Basel, v. 163, p. 78-93, 1981.
- BOLETIM DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, v.1, Argentina, 1996.
- BOWKER NC, CROSS KW, FAIRBURN EA, WALL M. Sociological implications of an epidemiological study of eczema in the city of Birmingham. **Br J Dermatol**, Oxford, v.95,p. 137-144, 1976.
- CANIZARES O. Dermatological priorities in developing countries- Predominance of infective-parasitic dermatoses in rural communities. **Trop Doc**, v.16, p. 50-53, 1986.
- CASTIGLIONI A. **História de la Medicina**. 1ª ed., Salvat, Barcelona, 1941.
- CHUANG T, REIZNER GT. Dermatoepidemiology. Part I: Epidemiologic methods. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.32, n.4, p. 251-256, 1993.
- _____, MIROWSKI GW, REIZNER GT. Dermatoepidemiology. III.ABC principles for a critical review of the literature. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.37, p. 1-6, 1998.
- CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10). Versão preliminar- Organização Mundial de Saúde- Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - Universidade de São Paulo, v. I, II, III, 1993.
- COENRAADS PJ, NATER JP, VAN DER LENDE R. Prevalence of eczema and other dermatoses of the hands and arms in the Netherlands. Association with age and occupation. **Clin Exp Dermatol**, Oxford, v.8, p. 495-503, 1983.
- COLLANTES AT. Dermatologia en el tropico. **Rev Med Panamá**, Panamá, v.20, n.3, p. 65-71, 1995.

COSTA AS. Incidência de dermatoses na infância. **Jorn Pediat**, Rio de Janeiro, v.22, fasc.7, p. 338-343, 1957.

DEVER GEA. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**, 1ª ed., São Paulo, Pioneira, 1988.

DHAR S, KANWAR AJ. Epidemiology and clinical pattern of atopic dermatitis in a north Indian pediatric population. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.15, n.5, p. 347-351, 1998.

DOGLIOTTI M. Skin disorders in the Bantu : a survey of 2.000 cases from Baragwanath Hospital. **S A Medical Journal**, Pinelands, v.6, p. 670-672, 1970.

DONOFRIO LM, MILLIKAN LE. Dermatologic diseases of eastern Africa. **Contemporary Tropic Dermatol**, v.12, n.4, p. 621-628, 1994.

ENJOLRAS O, GELBERT F. Superficial hemangiomas: associations and management. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.14, n.3, p. 173-179, 1997.

FARBER EM, NALL ML. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. **Dermatologica**, Basileia, v.148, n.1, 1974.

FIGUEROA JI, FULLER LC, ABRAHA A, HAY RJ. The prevalence of skin disease among school children in rural Ethiopia- A preliminary assesment of dermatologic needs. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.13, n.5, p. 378-381, 1996.

_____, HAWRANEK T, ABRAHA A, HAY RJ. Tinea capitis in south-western Ethiopia: a study of risk factors for infection and carriage. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.36, p. 661-666, 1997.

_____, FULLER LC, ABRAHA A, HAY RJ. Dermatology in sothwestern Ethiopia: rationale for a community approach. **Int J Dermatol**, v.37, p.752-758, 1998.

FINDLAY GH. The age incidence of common skin diseases in the white population of the Transvaal. **Br J Dermatol**, Oxford, v.79, p. 538-542, 1967.

_____, VISMER HF, SOPHIANOS T. The spectrum of paediatric dermatology. **Br J Derm**, Oxford, v.91, p. 379-387, 1974.

FITZPATRICK TB, EISEN AZ, WOLFF K, FREEDBERG IN, AUSTEN KF. **Dermatología em Medicina Geral**, 3ª ed., Buenos Aires, Panamericana, 1988.

GIBBS S. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.35, n.9, p. 633-639, 1996.

GIRALDI S, TAMAYO L, RUIZ-MALDONADO R. Prurigo por insetos: a doença mais comum da infância. **Ped Moderna**, São Paulo, v.30, n.2, 1994.

GOH CL, AKARAPANTH R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.11, n.2, p. 125-128, 1994.

- GÓMEZ-OROZCO L. Informe estadístico de dos años del departamento de alergia del Hospital Infantil de México. **Bol Méd Hosp Infant**, México, v.25, p. 717-726, 1968.
- HALPERT E, YEPES-PARRA A, LEON W. Los tumores de la piel en los niños. **Dermatol Rev Mex**, México, v.33, n.6, p. 374-378, 1989.
- HAY R, ANDERSSON N, ESTRADA R. México: community dermatology in Guerrero. **The Lancet**, London, v.337,n.13, p. 906-907, 1991.
- HAY RJ, CLAYTON YM, SILVA N, MIDGLEY G, ROSSOR E. Tinea capitis in south-east London- a new pattern of infection with public health implications. **Br J Dermatol**, Oxford, v.135, p. 955-958, 1996.
- HAYDEN GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. **A J D C**, v.139, p.36-38, 1985.
- HARDWICK N, SAXE N. Patterns of dermatology referrals in a general hospital. **Brit J Derm**, Oxford, v.115, p. 167-176, 1986.
- HECKE EV, BUGINGO G. Prevalence of skin disease in Rwanda. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.19, n.9, p.526-529, 1980.
- HENDERSON CA. Skin disease in rural Tanzania. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.35, n.9, p. 640-642, 1996.
- HOGAN P. Common skin, hair and nail problems during the first six months of life. **Australian Family Physician**, v.24, n10, p. 1830-1841, 1995.
- HOLGATE MC. The age-of-onset of psoriasis and the relationship to parental psoriasis. **Brit J Derm**, Oxford, v.92, p. 443-448, 1975.
- HOWITZ J, BRODTHAGEN H, SCHWARTZ M, THOMSEN K. Prevalence of vitiligo - Epidemiological survey on the isle of Bornholm, Denmark. **Arch Dermatol**, Chicago, v.113, p. 47-52, 1977.
- HURWITZ S. **Clinical Pediatric Dermatology**, 2 ed., Philadelphia, W B Samders, 1993.
- IBGE.**Anuário estatístico do Brasil-1992**, 1ª ed., Rio de Janeiro, Directoria Geral de Estatística do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, v. 52, 1992.
- _____. Censo de 1995, INTERNET.
- JACOBS AH. Pediatric dermatology. **Pediatr Clin North Am**, Philadelphia, v.25, n.2, 1978.
- _____. Pediatric dermatology. **Pediatr Clin North Am**, Philadelphia, v.30, n.3, 1983.
- JAISWAL AK, BHUSHAN B, BADRINATHS. Pattern of skin diseases in the Leh-Ladakh region of India. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.33, n.9, p. 674-675, 1994.

JAMES WD. On the importance of the clinician-educator - Dermatology fellowship for academic clinician teachers. **Arch Dermatol**, Chicago, v.134, p.151-153, 1998.

KAHANA M, FELDMAN M, ABUDI , YURMAN S. The incidence of birthmarks in israeli neonates. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.35, n.10, p. 704-706, 1995.

KILKENNY M, MERLIN K, YOUNG R, MARKS R. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 1. Common, plane and plantar viral warts. **Brit J Derm**, Oxford, v.138, p. 840-845, 1998.

KROWCHUK DP, BRADHAM DD, FLEISCHER AB. Dermatologic services provided to children and adolescents by primary care and other physicians in the United States. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.11, n.3, p. 199-203, 1994.

KÜNEWALDER E. Un siglo de la escuela dermatologica de Viena. **Dermatologia-Revista Mexicana**, México, v.1, n.3, p. 217-227.

LIMA SS, RODRIGUES ABD, ROSMANINHO AS, MARQUES CD, CARVALHO MCT. Patologias dermatológicas mais frequentes no hospital infantil Darcy Vargas- SP em 1993 e 1994. **Ped Atual**, São Paulo, v.9, n.3, p. 42-48, 1996.

_____. **Terapêuticas em dermatologia infantil**, 1ª ed., São Paulo, CID, 1997.

LOBATO MN, VUGIA DJ, FRIEDEN IJ. Tinea capitis in California children: a population-based study of a growing epidemic. **Pediatrics**, Illinois, v.99, n.4, p. 551-554, 1997.

LOMHOLT G. Dermatology in a developing country. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.26, n.1, p. 52-54, 1987.

_____. Dermatology in Malawi. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.27, n.7, p. 501-503, 1988.

_____. Conditions for dermatological treatment in a developing country. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.29, n.7, p. 511-514, 1990.

LOPEZ AA. **Temas de dermatologia infantil**, 1ªed., Rio de Janeiro, EPUC, 1993.

LOWY G. Análise clínico-estatística dos processos dermatológicos observados no Hospital Estadual Jesus. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v.39, p.1-15, 1964.

_____, PERYASSÚ, PEREIRA AM. Estrofulo Infantil-Estudo patogênico. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v.44, n.3, p. 1-12, 1969.

MC KIEL JA, WEST AS. Nature and causation of insect bite reactions. **Pediat Clin N Am**, Philadelphia, v.8, n.795, 1961.

MAGNABOSCO EM, PRADO AD. Fatores epidemiológicos de risco associados à escabiose. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v.73, n.3, p. 239-243, 1998.

MAHE A, PRUAL A, KONATE M, BODIN P. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v.89, n.5, p. 467-470, 1995.

_____, CISSE IA, FAYE O, N'DIAYE HT, NIAMBA P. Skin diseases in Bamako (Mali). **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.37, p. 673-676, 1998.

MAJEWSKI S, JABLONSKA S. Human papillomavirus- associated tumors of the skin and mucosa. **J Am Acad Dermatol**, St. Louis, v.36, n.5, p. 659-685, 1997.

MARCONDES E. **Pediatria básica**, 6ª ed., São Paulo, Sarvier, v. 1, 1978.

MASAWA AEJ, NSANZUMUHIRE H, MHALU F. Bacterial skin infections in preschool and school children in coastal Tanzania. **Arch Dermatol**, Chicago, v.11, p. 1312-1316, 1975.

_____, SAMITZ MH. Dermatology in Tanzania: a model for other developing countries. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.15, n. 9, p. 680-687, 1976.

MORCILLO AM, MARMO DB, BERNARDI L, SIQUEIRA SM. Caracterização da população atendida e da capacidade resolutive do ambulatório geral de pediatria do Hospital de Clínicas da Unicamp. **Rev da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**, Campinas, v. 1, n.1, p. 25-32, 1989.

NAGARAJA, KANWAR AJ, DHAR S, SINGH S. Frequency and significance of minor clinical features in various age-related subgroups of atopic dermatitis in children. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.13, n.1, p. 10-13, 1996.

NEAME RL, BERTH-JONES J, KURINCZUK JJ, GRAHAM-BROWN RAC. Prevalence of atopic dermatitis in Leicester: a study of methodology and examination of possible ethnic variation. **Brit J Derm**, Oxford, v.132, p.772-777, 1995.

OLIVER PR. Reflections by a dermatologist in Zimbabwe. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.29, n.10, p.738-739, 1990.

ORTIZ Y. Dermatología y geografía en México. **Dermatol Rev Mex**, cidade do México, v.10, n.3, p.343- 408, 1966.

PARK rg. The age distribution of common skin disorders in the Bantu of Pretoria, Transvaal. **Br J Derm**, Oxford, v.80, p. 758-761, 1968.

PEREIRA MG. **Epidemiologia- Teoria e prática**, 1ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1995.

PERYASSU D, LOWY G. Estudo das dermatoses mais freqüentes em nosso meio. **A Folha Médica**, Rio de Janeiro, V.51, n.3, 1965.

PROENÇA NG, MORALES LML, GROTTI A. Prurigo estrófulo e IgE. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v.64, n.5, p. 257-260, 1989.

PROSE NS. Dermatology training during the pediatric residency. **Clin Pediatr**, New York, v.27, n.2, p.100-103, 1988.

RABELLO FE. Dermatology in Brazil- past, present and future. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.12, n.2, p. 83-87, 1973.

RABDILL SX. Pediatric dermatology in antiquity: Part 1. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.14, n.5, p. 363-368, 1975.

_____. Pediatric dermatology in antiquity. Part II. Roman empire. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.15, n.4, p. 303-307, 1976.

_____. Pediatric dermatology in antiquity: Part III. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.17, n.5, p. 427-434, 1978.

RATNAM AV, JAYARAJUK. Skin diseases in Zambia. **Brit J Derm**, Oxford, v. 101, p. 449-453, 1979.

RODRIGUEZ O. Dermatoses mais frequentes na infância. **Dermatol Rev Mex**, México, v.12, n.2, p.185-188, 1968.

ROMITI N, ALMEIDA JRP, DINATO SLM. Recenseamento dermiátrico no município de Santos. **An brasil dermat**, Rio de Janeiro, v.53, p.385-406, 1978.

ROOK GAW, WILKINSON JD, EBLING FJG. **Textbook of Dermatology**, 5th ed., London, Blackwell, 1992.

RUDZKI E, KLENIEWSKA D. The epidemiology of contact dermatitis in Poland. **Br J Derm**, Oxford, v.83, p.543-545, 1970.

RUIZ-MALDONADO R, BAKER J. Muestreo de la frecuencia de dermatosis entre los niños indígenas de la mixteca de Cardenas, Oaxaca, México. **Dermatol Rev Mex**, México D. F., v.17, n.1, p. 61-66, 1973.

_____, SANCHEZ LT. Prurigo infantil por insectos. Estudio de 300 casos. **Rev Mex de Pediatría**, México, V.42, N.6, P. 743-759, 1973.

_____, TAMAYO L. Treatment of 100 children with papular urticaria with thiamine chloride. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.12, p.258-260, 1973.

_____, SANCHEZ LT, VELAZQUEZ E. Epidemiología de las enfermedades de la piel en diez mil pacientes en edad pediátrica. **Bol Med Hosp Infant**, México, v.34, n.1, p. 137-161, 1977

. _____, SAUL A, D G IBARRA, TAMAYO LS. **Temas de dermatologia pediátrica**, 1ª ed., México D.F., Francisco Mendez Cervantes, 1980.

_____, PARISH LC, BEARE JM. **Textbook of Pediatric Dermatology**, 1th ed., Philadelphia, Grune & Stratton, 1989.

RYAN TJ. Afresh look at the management of skin diseases in the tropics. **Int J Dermatol**, Philadelphia, v.29, n.6, p.413-415, 1990.

SAMPAIO AS, RIVITI EA. **Dermatologia**, 1ª ed., São Paulo, Artes Médicas, 1998.

SATIMIA TF, MC BRIDE SR, LEPPARD B. Prevalence of skin disease in rural Tanzania and factors influencing the choice of health care, modern or traditional, **Arch Dermatol**, Chicago, v.134, p. 1363-1366, 1998.

SAXE N. Dermatology in South Africa. **Arch Dermatol**, Chicago, v.131, p. 1061-1062, 1995.

SAYEG DC, DICKSTEIN J. **Manual de Pediatria Ambulatorial**, Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, p.13-109,1995.

SCHACHNER L, LING NS, PRESS S. A statistical analysis of a pediatric dermatology clinic. **Pediatr Dermatol**, v.1, n.2, p. 157-164,1983.

SEMENOW G S. Desensibilización oral para el tratamiento del prurigo por insectos. Cidade do México,1997. Dissertação de Especialista en Dermatología Pediátrica, Secretaria de Salud-Instituto Nacional de Pediatria de la Ciudad de México.

Skin disease and public health medicine(Editorials). **The Lancet**, London, v.337,n.27, p.1008-1009, 1991.

SOLOMON LM, ESTERLY NB. Neonatal dermatology.I. The newborn skin. **J Pediatr**, St. Louis, v.77, n.5, p. 888-894, 1970.

TALPIN D, LANSDELL L, ALLEN AM, RODRIGUEZ R, CORTES A. Prevalence of streptococcal pyoderma in relation to climate and hygiene. **Lancet**, London, n.10, p.501-503, 1973.

TUNNESSEN WW. A survey of skin disorders seen in pediatric general and dermatology clinics. **Pediatr Dermatol**, Cambridge, v.1, n.3, p. 219-222, 1984.

WEINBERG GS, PROSE NS. **Color Atlas of Pediatric Dermatology**, 2^a ed., New York, Mc Graw-Hill, 1990.

WILLIAMS JV, HONIG PJ, MC GINLEY KJ, LEYDEN JJ. Semiquantitative study of tinea capitis and the asymptomatic carrier state in inner-city school children. **Pediatrics**, Illinois, v.96, n.2, p. 265-267, 1995.